



คู่มือแนวทางการดำเนินงาน

การดูแลส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569



บรรณาธิการ

คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

ที่ปรึกษา : ทันตแพทย์ณัฐพงศ์ กั้นทะวงศ์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ

กองบรรณาธิการ : นางสาวพรพิมล บุญญา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวสโรชา วังทอง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นายอนุชิต ภูผิวผา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวชลิตา สุวรรณลาภา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวศลิษา เสนางาม นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ช่วยกองบรรณาธิการ : กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
กลุ่มคุ้มครองสุขภาพและพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้นำทางศาสนาและศาสนสถาน สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

จัดพิมพ์และเผยแพร่ : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

ปีที่พิมพ์และเผยแพร่ : 2568

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัยได้กำหนดนโยบายและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2569 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีอย่างรอบด้าน โดยมุ่งเน้นการบูรณาการ และเกิดการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

กรมอนามัยโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุจึงได้จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุเล่มนี้ขึ้น ประกอบด้วยนโยบายสำคัญ/แผนการดำเนินงานภาพรวมของปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 และแนวทางการดำเนินงานครอบคลุม 3 กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) และกลุ่มผู้นำทางศาสนา โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและบุคคลที่สนใจเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานและเป็นแนวทางในการพัฒนางานต่อไป



สารบัญ

ส่วนที่ 1

นโยบายสำคัญ และแผนการดำเนินงานภาพรวม	1
1.1 นโยบายกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย และประเดือนนี้ 2569	2
1.2 แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	5
1.3 KPI Template ตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	16

ส่วนที่ 2

แนวทางการดำเนินงานกลุ่มผู้สูงอายุ	50
2.1 แนวทางการดำเนินงานผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	51
2.2 แนวทางการดำเนินงานผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง	84
2.3 แนวทางการดำเนินงานกลุ่มผู้นำทางศาสนาและศาสนสถาน	112
2.4 แนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ	135

ส่วนที่ 3

ภาคผนวก	157
3.1 QR Code สำหรับให้โหลด คู่มือ เอกสาร สื่อต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินงาน	158-172

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางต่อปัจจัยทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความเสื่อมของร่างกาย ตลอดจนปัจจัยทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงต้องอาศัยแนวทางการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้ ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัยและเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนงานให้แก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้กิจกรรมด้านสุขภาพหรือการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ เนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย แนวทางการดำเนินงานกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มผู้นำทางศาสนา เช่น แนวทางการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ และชุมชน ฯลฯ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง

กรมอนามัยได้กำหนดนโยบายและแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยมุ่งเน้นการบูรณาการให้เกิดการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ตุลาคม 2568

ส่วนที่ 1

นโยบายสำคัญและ แผนงานการดำเนินงานภาพรวม



นโยบายสำคัญ และทิศทางการดำเนินงาน

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

“น้อมนำการพัฒนางานสาธารณสุข ตามแนวพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติ ของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์”



นโยบาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

นายพัฒนา พร้อมพัฒน์

- “30 บาท รักษาทุกที่ และ ฟอกไตฟรี ได้ทุกแห่ง”**
 - ใช้บัตรประชาชนใบเดียว
 - Telemedicine ทุก รพ.สต.
 - จ่ายแอมบะแรงค์ควบคุมทุกที่
 - ฟอกไตฟรีทุกแห่ง
- “รอบรู้ เพื่ออยู่อย่าง มีคุณภาพชีวิต”**
 - รอบรู้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง
 - ตระหนักถึงสถานะสุขภาพของตนเอง
 - รอบรู้วิธีแก้ปัญหาสุขภาพ
- “หมอไม่ล่า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการผ่านเทคโนโลยี”**
 - Super App.
 - ปัญญาประดิษฐ์ AI
 - ERP บริหารเชิงยุทธศาสตร์
 - CRM ติดตามความพึงพอใจ
- “เครื่องยนต์ทางเศรษฐกิจใหม่ ของประเทศ ด้วยการแพทย์มูลค่าสูง”**
 - การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
 - การแพทย์แม่นยำ
 - ผลิตภัณฑ์ยาเพื่อการบำบัดรักษาขั้นสูง (ATMPs)
- “ขวัญกำลังใจบุคลากร”**
 - เพิ่มค่าตอบแทนตามภาระงาน
 - เพิ่มผู้ช่วยบุคลากร
 - แก้ไขโครงสร้าง/ กฎหมาย

สงวนลิขสิทธิ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กระทรวงสาธารณสุข | 1 ค.ศ. 68

รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

นโยบาย รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

นายวรโชติ สุคนธ์ขจร



- 1 อสม.**

“บุสดี อสม. ผู้ช่วยสาธารณสุข ยกระดับเพื่อสวัสดิการที่ยั่งยืน”

 - พัฒนา “อสม.” ผู้ช่วยสาธารณสุข/ ผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้สูงวัย
 - ผลักดัน ร่าง น.ร.บ.อสม. 7 ฉบับ
 - กองทุนสวัสดิการ อสม. สร้างหลักประกันรายได้-สวัสดิการ
 - บริหาร คน-งาน-ข้อมูล ด้วย AI
- 2 ปราบปราม**

“ปราบปราม โปร่งใส ปลอดภัย เพื่อสุขภาพคนไทยทุกมิติ”

 - ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์
 - อาหาร/ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย
 - การกระทำผิด กฎหมาย ระเบียบ มาตราฐานวิชาชีพ
 - โฆษณา-การหลอกลวง
- 3 แรงงาน**

“เร่งรัด ให้แรงงาน ต่างชาติ/ ต่างด้าว ชี้อประกันสุขภาพ ลดภาระประเทศ”

 - ให้แรงงานต่างชาติ ชี้อระบบประกันสุขภาพ ลดภาระงบประมาณรัฐ
 - ควบคุม ป้องกัน โดยเพิ่มระบบตรวจสอบสุขภาพ และฐานข้อมูลแรงงานต่างชาติ อย่างโปร่งใส

สงวนลิขสิทธิ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กระทรวงสาธารณสุข | 1 ค.ศ. 68



นโยบายสำคัญ และทิศทางการดำเนินงาน

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2569

นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข




1 เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพเชิงพื้นที่ ลดเหลื่อมล้ำ

- One Region-One Province-One Hospital บริหารทรัพยากรระหว่าง รพ. ในระดับเขต ระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล บริหารกำลังคน
- ยกระดับความเป็นเลิศด้านบริการ (Service Excellence) พัฒนาระบบการดูแลทาง มีจุดความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เน้นทางเลือกการเข้ารับบริการ หรือเยี่ยมคลินิก
- เพิ่มประสิทธิภาพการบริการปฐมภูมิ ให้ ปชช. ทุกคนมีหมอประจำตัว
- เสริมสร้างความพร้อมรองรับการดูแลเชิงรุก เสริมศักยภาพบุคลากรด้านการบริหาร จัดการ บุคลากรทางการแพทย์ ลดความเหลื่อม
- เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ กทม. พัฒนา Mini Clinic Telemedicine บริการเข้าถึงบริการระดับทุติยภูมิ พัฒนาการบริหารจัดการในภาพรวมทั้งระบบ

สานต่อ วาระทศวรรษ ร่วมพัฒนา เพื่อระบบที่ยั่งยืน

น้อมนำการพัฒนาสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริฯ โครงการเฉลิมพระเกียรติ



3 เพิ่มขีดความสามารถ นวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข ดิจิทัลสุขภาพ ระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ

- พัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว สร้างคลังข้อมูลสุขภาพขนาดใหญ่ของประเทศ
- พัฒนา Telemedicine นวัตกรรม ปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์ สนับสนุนการวินิจฉัยและการผลิต ATMPs
- พัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine)

2 สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย คนไทยแข็งแรง

- ส่งเสริมความแข็งแรงกาย-ใจ เด็กพัฒนาการสมวัย วัยเรียน วัยรุ่น IQ EQ ดี ชัยชนะทางพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ มีระบบดูแลสุขภาพระยะยาว
- ยกระดับการควบคุมป้องกัน NCDs เชิงบูรณาการ เพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ เช่น สิทธิประโยชน์ภาษี สำหรับผู้มีพฤติกรรมสุขภาพดี
- การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น ระบบบำบัดน้ำเสีย ลดการปล่อยคาร์บอนในหน่วยบริการสุขภาพ พัฒนา รพ. เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

5 บุคลากรมีขวัญ กำลังใจ และคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

- บริหารจัดการกำลังคนที่มีผลส่งต่อ ลดข้อจำกัด ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ แนวปฏิบัติ ผลักดันร่าง พ.ร.บ.กระทรวงสาธารณสุข
- บริหารจัดการกำลังคนในเขตสุขภาพ เน้นการกระจาย สร้างแรงจูงใจ รักษาบุคลากรคุณภาพในพื้นที่
- สร้างเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงาน สวัสดิการ ความก้าวหน้า สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย

4 เพิ่มมูลค่าเชิงเศรษฐกิจสุขภาพ

- เพิ่มมูลค่าบริการสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ อุปกรณ์ทางการแพทย์ สุขภาพ คลินิกแพทย์แม่นยำโรบอติกส์
- ผลิตและพัฒนา Prof. Caregiver และ นวัตกรรม
- ส่งเสริมวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ

ข้อมูลจาก : การประชุมผู้บริหารระดับสูง สส. วันที่ 1 ธ.ค. 68

สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

1 ธ.ค. 68

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขเชื่อมโยงบทบาทกรมอนามัย

ประเด็นผู้สูงอายุ

นโยบาย



นายพัฒนา พร้อมพัฒน์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



นายารชิตี สูดนธ์ชจร
รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข



นพ.สมฤกษ์ จึงสมาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นที่เกี่ยวข้อง

ประเด็น 5
ขวัญกำลังใจบุคลากร

- เพิ่มผู้ช่วยบุคลากร

ประเด็น 1
บุสต่อสม.

ผู้ช่วยสาธารณสุข ยุกระดับสวัสดิการที่ยั่งยืน

- พัฒนาอสม. ผู้ช่วยสาธารณสุข/ ผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้สูงอายุ

ประเด็น 2
สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย คนไทยแข็งแรง

- ลดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ มีระบบดูแลสุขภาพระยะยาว

ประเด็น 4
เพิ่มมูลค่าเชิงเศรษฐกิจสุขภาพ

- ผลิตและพัฒนา Prof. Caregiver

บทบาทกรมอนามัย

ยกระดับ Caregiver
สู่การสร้างงาน สร้างรายได้

ผลิต Super CG จำนวน 3,000 คน

- อาสาสมัครท้องถิ่น / นักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน
- ภาคีเครือข่ายภาครัฐ/เอกชนร่วมผลิต เช่น มหาวิทยาลัย หน่วยบริการรัฐและเอกชน

อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7,255 คน

- หลักสูตร Caregiver 70 ชม.
- 1 อสม. : ตำบล
- กรมสบส. ร่วมกับ กรมอนามัย

กิจกรรม

- บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ร่วมพัฒนาหลักสูตร/แนวทาง
- กำกับ ติดตาม และรายงานผล
- สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายที่เกี่ยวข้อง

Quick win 4 เดือน

ต.ค.68 พ.ย.68 ธ.ค.68 ม.ค.69

kick off นโยบายระดับพื้นที่ พัฒนาหลักสูตร/ชี้แจงแนวทาง เริ่มอบรม อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม.ได้รับการอบรม สู่ศักยภาพและผ่านการรับรองตามหลักสูตร (ทุกตำบล)

ประเด็นมุ่งเน้นขับเคลื่อนงานกลุ่มผู้สูงอายุ กรมอนามัย

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

1 กลุ่มติดสังคม (Active aging)

▶ ผู้สูงอายุ / ชมรมผู้สูงอายุ / อปท.



พัฒนาหลักสูตรและ
แกนนำสุขภาพ
"Elderly LM Coach"
สำหรับชมรม/
โรงเรียนผู้สูงอายุ

มุ่งเน้นการป้องกัน
ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแอ
และเสียงพัดตก
หกล้ม

พัฒนาต้นแบบศูนย์
ส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ
(Day Care)



2 กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Independence)

▶ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CM, CG) / อปท.

พัฒนาระบบการบริหารกำลังคน
Long Term Care
และระบบ 3C+ plus

ยกระดับศักยภาพ Caregiver
ให้เป็นนักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน
ครอบคลุมทั่วประเทศ



3 ผู้นำทางศาสนา (Religions)

▶ ผู้นำทางศาสนา / ศาสนสถาน



พระธรรมนิเทศด้านสุขภาวะ
โดยเน้นหลักการแพทย์วิถีชีวิต
(Lifestyle Medicine) ป้องกัน
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ยกระดับสุขลักษณะ
ของศาสนสถานด้วยการ
ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้
มาตรฐาน HAS



Cluster ผู้สูงอายุ

➔ บูรณาการข้อมูลทางวิชาการ : กิจกรรมทางกายพระ / ส้วมวัด / จัดการขยะในชุมชน



แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

โครงการ : ยกระดับการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ภาพที่ 1 : กรอบแนวคิด (House Model)



ที่มา : แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

1. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด จำนวน 65.8 ล้านคน เป็นสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 13.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.89 ของประชากรทั้งหมดทั่วประเทศ เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 7.7 ล้านคน และเพศชาย จำนวน 6 ล้านคน จำแนกตามช่วงอายุ ดังนี้ อายุ 60 - 69 ปี จำนวน 7.7 ล้านคน (ร้อยละ 56.16) อายุ 70 - 79 ปี จำนวน 4.1 ล้านคน (ร้อยละ 30.21) และอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1.8 ล้านคน (ร้อยละ 13.64) (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 พ.ศ. 2568) จำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.6 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.7 และติดเตียง ร้อยละ 0.7 จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้แนวโน้มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วย



ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มักพบว่ามีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพ ประสบกับข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน จำนวน 7,661,855 คน (HDC ณ วันที่ 31 พ.ค. 68) พบความเสี่ยงมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมองเห็น ด้านสุขภาพช่องปาก และด้านการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุข ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแล แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เพิ่มขึ้น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวส่วนมากทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยตนเองหรือพึ่งพาการดูแลจากคนในครอบครัวเป็นหลักได้ อีกทั้งผู้สูงอายุที่ต้องอยู่เพียงลำพัง หรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญผลกระทบต่างๆ จากสังคมผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีครอบคลุมทุกมิติ ได้รับการดูแลแบบครบวงจรทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา รวมทั้งเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อพัฒนาระบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ กลุ่ม Active Aging
- 1.2 เพื่อพัฒนาระบบการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน
- 1.3 เพื่อบูรณาการความร่วมมือทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 1.4 เพื่อยกระดับข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุในการจัดการปัญหาสุขภาพระดับบุคคลและชุมชน

3. แผนการดำเนินงาน (Action plan)

กิจกรรมสำคัญ (Key Activity)	ระยะเวลาการดำเนินงาน (ไตรมาส) (✓)				งบประมาณ (บาท) (100% ของร่างพรบ.งบประมาณ ปี 69)			ผู้รับผิดชอบ/ผู้เกี่ยวข้องดำเนินงาน
	1	2	3	4	ส่วนกลาง	ส่วนภูมิภาค	รวม	
1. สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ Active aging					3,782,000 (44.07%)	4,800,000 (55.93%)	8,582,000 (100%)	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.
1.1 พัฒนาแนวทาง/มาตรฐานในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (ชมรมผู้สูงอายุ/Day Care)	✓	✓			2,282,000	1,300,000	3,582,000	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.
1.2 ส่งเสริมและสนับสนุนชุดความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ	✓	✓			1,500,000	1,300,000	2,800,000	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.



กิจกรรมสำคัญ (Key Activity)	ระยะเวลาการดำเนินงาน (ไตรมาส) (✓)				งบประมาณ (บาท) (100% ของร่างพรบ.งบประมาณ ปี 69)			ผู้รับผิดชอบ/ ผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินงาน
	1	2	3	4	ส่วนกลาง	ส่วนภูมิภาค	รวม	
1.3 ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามแนวทาง Healthy Lifestyle		✓	✓	✓	-	2,200,000	2,200,000	ศอ. 1 - 12, สสม.
2. ยกระดับการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน					9,469,000 (50.99%)	9,100,000 (49.01%)	18,569,000 (100%)	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.
2.1. พัฒนาและยกระดับคุณภาพมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน (หลักสูตร/มาตรฐาน/แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ)	✓	✓	✓		3,500,000	2,100,000	5,600,000	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.
2.2 เสริมสร้างองค์ความรู้การดำเนินงานในระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) - มาตรฐานการให้บริการในสถานชีวาภิบาล - มาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ (จัดทำสื่อ/ชี้แจง/แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานฯ ร่วมกับภาคีเครือข่าย)		✓	✓	✓	3,469,000	2,000,000	5,469,000	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.
2.3 ยกระดับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (CM, CG, CRA) เพื่อรองรับสังคมสูงวัยแบบไร้รอยต่อ		✓	✓		2,500,000	5,000,000	7,500,000	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.
3. ขับเคลื่อนความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชน					4,691,900 (44.30%)	5,900,000 (55.70%)	10,591,900 (100%)	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.
3.1 ส่งเสริมศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการเพื่อ		✓	✓		900,000	1,600,000	2,500,000	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.

กิจกรรมสำคัญ (Key Activity)	ระยะเวลาการดำเนินงาน (ไตรมาส) (✓)				งบประมาณ (บาท) (100% ของร่างพรบ.งบประมาณ ปี 69)			ผู้รับผิดชอบ/ผู้เกี่ยวข้องดำเนินงาน
	1	2	3	4	ส่วนกลาง	ส่วนภูมิภาค	รวม	
พัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ (Age - Friendly Communities)								
3.2 ผลักดันและส่งเสริมให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	1,200,000	1,800,000	3,000,000	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.
3.3 พัฒนากลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ	✓	✓			900,000	-	900,000	Cluster สิ่งแวดล้อม
3.4 ยกระดับความรู้สุขภาพผู้นำทางศาสนา/สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำทางศาสนา (พัฒนาหลักสูตร/อบรม/สำรวจพฤติกรรม)	✓	✓	✓	✓	900,000	1,200,000	2,100,000	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.
3.5 พัฒนาศาสนสถานเป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพชุมชน (ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ/วัดรอบรู้/Health Station)	✓	✓	✓	✓	791,900	1,300,000	2,091,900	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.
4. ยกระดับข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในการจัดการปัญหาสุขภาพระดับบุคคลและชุมชน					1,850,000 (44.13%)	2,342,000 (55.87%)	4,192,000 (100%)	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.
4.1 ขับเคลื่อนการบูรณาการข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ และเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพผ่านระบบข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	✓	✓	✓	✓	650,000	-	650,000	ส่วนกลาง
4.2 ส่งเสริมการเข้าถึงและพัฒนาทักษะการใช้งานระบบข้อมูลดิจิทัลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่		✓	✓		1,200,000	2,342,000	3,542,000	ส่วนกลาง, ศอ. 1 - 12, สสม.
รวมงบประมาณ					19,792,900 (47.20%)	22,142,000 (52.80%)	41,934,900 (100%)	



4. ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
เป้าหมายเชิงผลผลิต (Output)	
1. ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ*	ร้อยละ 80
2. อำเภอที่มีการขับเคลื่อนเมือง/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ครบ 8 องค์ประกอบ*	ร้อยละ 25 (อำเภอทั่วประเทศ)
3. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ 20
4. สถานชิวาภิบาลในชุมชนให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง*	ร้อยละ 35 (อำเภอทั่วประเทศ)
5. ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะการ ปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ 60
6. พระธรรมนิเทศด้านสุขภาพะ	385 รูป
7. ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ*	ร้อยละ 40
เป้าหมายเชิงผลลัพธ์ (Outcomes)	
1. ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง*	ร้อยละ 97.25
2. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมี ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น*	ร้อยละ 24.55
3. ผู้นำทางศาสนามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 25

*ตัวชี้วัดขาดแดง 2569

5. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ดำเนินการ

ระดับท้องถิ่น/ชุมชน

- ผู้สูงอายุ (กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) /ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- Care Manager/Caregiver/อาสาบริบาลท้องถิ่น
- พระคิลานุปัฏฐาก/พระธรรมนิเทศ/ผู้นำทางศาสนา
- ชมรมผู้สูงอายุ/ โรงเรียนผู้สูงอายุ
- วัดส่งเสริมสุขภาพ/ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ/สถานชิวาภิบาล
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ

- ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสสม.
- สำนักงานเขตสุขภาพ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
- โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลศูนย์
- สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร



- เครือข่ายองค์กรศาสนา

ระดับประเทศ/กระทรวง

- กระทรวงมหาดไทย
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
- กระทรวงแรงงาน
- กระทรวงศึกษาธิการ
- กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
- กระทรวงสาธารณสุข
- กระทรวงวัฒนธรรม
- สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
- สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย
- สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย
- สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

พื้นที่ดำเนินการ : 76 จังหวัดทั่วประเทศและกรุงเทพมหานคร



6. การถ่ายทอดเป้าหมาย/ตัวชี้วัด

3.1 ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง* (ตชว.ชาวคาดแดง) เป้าหมาย : ภาพรวม ร้อยละ 97.25												
คอ.1	คอ.2	คอ.3	คอ.4	คอ.5	คอ.6	คอ.7	คอ.8	คอ.9	คอ.10	คอ.11	คอ.12	สถม.
97.25	97.25	97.25	97.25	97.25	97.25	97.25	97.25	97.25	94	97	97.25	-
แหล่งข้อมูล : HDC												
3.2 ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ* (ตชว.ชาวคาดแดง) เป้าหมาย : ภาพรวมสะสม 5,909 แห่ง (ร้อยละ 80) ปรับเพิ่มจาก Baseline												
คอ.1	คอ.2	คอ.3	คอ.4	คอ.5	คอ.6	คอ.7	คอ.8	คอ.9	คอ.10	คอ.11	คอ.12	สถม.
736	487	529	658	286	439	288	636	909	718	635	547	49
แหล่งข้อมูล : Aging Data Profile												
หมายเหตุ : ชมรมทั้งหมด 7,386 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 8 ก.ย. 68)												
3.3 อำเภอที่มีการขับเคลื่อนเมือง/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ครบ 8 องค์ประกอบ* (ตชว.ชาวคาดแดง) เป้าหมาย : ภาพรวม 24 อำเภอ (ยกระดับพื้นที่เดิม/ใหม่ให้ครบ 8 องค์ประกอบ)												
คอ.1	คอ.2	คอ.3	คอ.4	คอ.5	คอ.6	คอ.7	คอ.8	คอ.9	คอ.10	คอ.11	คอ.12	สถม.
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
แหล่งข้อมูล : แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน AFC ประจำปี												
3.4 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)												
คอ.1	คอ.2	คอ.3	คอ.4	คอ.5	คอ.6	คอ.7	คอ.8	คอ.9	คอ.10	คอ.11	คอ.12	สถม.
ภาพรวมร้อยละ 20												
แหล่งข้อมูล : Blue Book App.												
3.5 สถานชิวาภิบาลในชุมชนให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง* (ตชว.ชาวคาดแดง) เป้าหมาย : ภาพรวมยอดสะสม ร้อยละ 35 (327 อำเภอ) ปรับเพิ่มจาก Baseline												
คอ.1	คอ.2	คอ.3	คอ.4	คอ.5	คอ.6	คอ.7	คอ.8	คอ.9	คอ.10	คอ.11	คอ.12	สถม.
ร้อยละ 29.72 (31 แห่ง) +7	ร้อยละ 54.82 (26 แห่ง) +5	ร้อยละ 29.97 (16 แห่ง) +7	ร้อยละ 49.89 (35 แห่ง) +5	ร้อยละ 27.79 (17 แห่ง) +7	ร้อยละ 32.78 (23 แห่ง) +7	ร้อยละ 34.26 (26 แห่ง) +6	ร้อยละ 34.76 (30 แห่ง) +6	ร้อยละ 26.19 (23 แห่ง) +7	ร้อยละ 42.38 (30 แห่ง) +6	ร้อยละ 60.60 (45 แห่ง) +4	ร้อยละ 33.11 (25 แห่ง) +6	2
แหล่งข้อมูล : แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน AFC ประจำปี												
3.6 ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมี ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น* (ตชว.ชาวคาดแดง)												
คอ.1	คอ.2	คอ.3	คอ.4	คอ.5	คอ.6	คอ.7	คอ.8	คอ.9	คอ.10	คอ.11	คอ.12	สถม.
ภาพรวม ร้อยละ 24.55 (ส่วนกลางรายงาน)												
แหล่งข้อมูล : 1. โปรแกรม LTC สป.สช. 2. โปรแกรม 3C กรมนามัย												



3.7 ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เป้าหมาย : ภาพรวม 4,944 คน (ร้อยละ 60) ของ CM ที่ผ่านการอบรมอย่างน้อย 3 ปีฯ (8,240 คน) ข้อมูล ณ วันที่ 31 ก.ค. 68												
ศอ.1	ศอ.2	ศอ.3	ศอ.4	ศอ.5	ศอ.6	ศอ.7	ศอ.8	ศอ.9	ศอ.10	ศอ.11	ศอ.12	สสม.
432	466	227	539	527	584	335	376	678	149	340	291	-
แหล่งข้อมูล : โปรแกรม 3C กรมอนามัย												
3.8 พระธรรมนิเทศด้านสุขภาพ เป้าหมาย : ยอดใหม่ภาพรวม 385 รูป												
ศอ.1	ศอ.2	ศอ.3	ศอ.4	ศอ.5	ศอ.6	ศอ.7	ศอ.8	ศอ.9	ศอ.10	ศอ.11	ศอ.12	สสม.
40	25	25	40	40	40	20	35	20	25	35	35	5
แหล่งข้อมูล : Google Sheet สอส.												
3.9 ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ* (ตชว.ขาวคาตแดง) เป้าหมาย : ยอดสะสม 21,319 แห่ง (ร้อยละ 40) ของศาสนสถานทั้งหมด (วัด, มัสยิด, โบสถ์)												
ศอ.1	ศอ.2	ศอ.3	ศอ.4	ศอ.5	ศอ.6	ศอ.7	ศอ.8	ศอ.9	ศอ.10	ศอ.11	ศอ.12	สสม.
2,581 (+518)	1,129 (+196)	1,339 (+144)	1,483 (+156)	1,017 (+183)	1,608 (+134)	1,934 (+339)	3,413 (+302)	2,220 (+333)	2,328 (+254)	1,117 (+119)	872 (+304)	278 (+68)
แหล่งข้อมูล : ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ https://healthreligions.anamai.moph.go.th												
3.10 ผู้นำทางศาสนามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์												
ศอ.1	ศอ.2	ศอ.3	ศอ.4	ศอ.5	ศอ.6	ศอ.7	ศอ.8	ศอ.9	ศอ.10	ศอ.11	ศอ.12	สสม.
ภาพรวม ร้อยละ 25 (ส่วนกลางรายงาน)												
แหล่งข้อมูล : ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ https://healthreligions.anamai.moph.go.th												

7. แนวทางการดำเนินงาน

ส่วนกลาง		
กลุ่มติดตั้งคม	กลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง	กลุ่มผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ
1. พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ ประกอบด้วย กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม 2. พัฒนาองค์ความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมผู้สูงอายุสุขภาพดี ชีวิตยืนยาว (Healthy Lifestyle) แบบบูรณาการตามบริบทของพื้นที่	1. ขับเคลื่อนนโยบายการยกระดับคุณภาพระบบการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน 2. เสริมสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การดำเนินงานตามมาตรฐานการให้บริการในสถานชีวาภิบาล และแนวทางปฏิบัติ	1. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานผู้นำทางศาสนาและศาสนสถาน ร่วมกับภาคีเครือข่าย 2. พัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้นำทางศาสนาสุขภาพ 3. สนับสนุนองค์ความรู้ต่อการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของผู้นำทางศาสนา



<p>3. สื่อสารการใช้งานเทคโนโลยีและสารสนเทศในการประเมินชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพด้านสุขภาพและการประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ</p> <p>4. สนับสนุนองค์ความรู้คู่มือ/แนวทางการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์/การพัฒนาและประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ</p> <p>5. ผลักดันเชิงนโยบายและสื่อสารรณรงค์การขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ ในระดับพื้นที่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<p>ตามมาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการ</p> <p>3. ติดตามการขับเคลื่อนประกาศกระทรวงเรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>4. พัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในชุมชนและสถานชีวาภิบาล</p>	<p>4. พัฒนางค์ความรู้ สื่อ และนวัตกรรม การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้นำทางศาสนา ด้านสุขภาพ</p> <p>5. พัฒนาระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนา ด้านสุขภาพ</p>
---	---	---

ส่วนภูมิภาค		
กลุ่มติดตั้ง	กลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง	กลุ่มผู้นำทางศาสนา ด้านสุขภาพ
<p>1. ถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อนแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมผู้สูงอายุ สุขภาพดี ชีวียืนยาว (Healthy Lifestyle) แบบบูรณาการ</p> <p>2. สนับสนุนการนำระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศมาใช้ในชมรมผู้สูงอายุและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยการสื่อสารประชาสัมพันธ์ระบบการประเมินและสอนทักษะการใช้งานในระบบต่าง ๆ</p> <p>3. ประสานงานร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานและภาคีเครือข่ายระดับเขตสุขภาพ</p> <p>4. รณรงค์และส่งเสริมการพัฒนากิจกรรม/นวัตกรรม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงสื่อการดูแลสุขภาพ (ทั้งสื่อ Online และ Offline) ผ่านเครือข่ายภาคประชาชน</p>	<p>1. ขับเคลื่อนนโยบายการยกระดับคุณภาพระบบการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน</p> <p>2. สนับสนุนลงพื้นที่ ขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในชุมชนและสถานชีวาภิบาล ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3. เสริมสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงการดำเนินงานตามมาตรฐานการให้บริการในสถานชีวาภิบาลและแนวทางปฏิบัติตามมาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการ</p> <p>4. ถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบที่มีการขับเคลื่อนสถานชีวาภิบาลในชุมชน</p>	<p>1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำทางศาสนา ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน</p> <p>2. สนับสนุนจุดบริการบริการศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (Health Station)</p> <p>3. ส่งเสริมการปฏิบัติงานของผู้นำทางศาสนาในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองและชุมชน ผ่านระบบข้อมูล/เทคโนโลยีดิจิทัล</p> <p>4. รณรงค์สร้างความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้นำทางศาสนา</p> <p>5. พัฒนาศักยภาพผู้นำทางศาสนา</p> <p>6. ติดตาม ประเมิน เยี่ยมเสริมพลังถอดบทเรียนการดำเนินงานในระดับพื้นที่</p>



<p>5. สนับสนุนกิจกรรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ</p> <p>6. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน การดำเนินงาน รวบรวมข้อมูลผลงานเชิงวิชาการ นวัตกรรม ในระดับพื้นที่</p>	<p>ตามมาตรฐานกรมอนามัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่</p> <p>5. พัฒนาศักยภาพและพ นพู่ ทักษะผู้จัดการการดูแลผู้ สูงอายุ (Care Manager) ให้ความเชี่ยวชาญในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบไร้รอยต่อ</p> <p>6. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ สูงอายุ (Caregiver) ตามหลักสูตรนักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน</p>	
---	---	--

8. การติดตามประเมินผล

ระดับความสำเร็จ (small success)			
ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
<p>1. ประชุมชี้แจงการขับเคลื่อนนโยบายแผนการดำเนินงาน และแนวทางการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม/การคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง/ผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ</p> <p>2. พัฒนาระบบข้อมูลและสื่อสารการใช้งานระบบข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>3. ผลักดันนโยบาย/สื่อสารรณรงค์การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ</p> <p>4. สนับสนุนและพัฒนาองค์ความรู้/คู่มือ/หลักสูตรการฝึกอบรม/นวัตกรรม/มาตรฐานการให้บริการ/แนวทางการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่มให้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่</p>	<p>1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL ร้อยละ 50</p> <p>2. ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75</p> <p>3. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี ร้อยละ 18</p> <p>4. สถานชิวาภิบาลในชุมชนให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ร้อยละ 25</p> <p>5. ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 40</p> <p>6. ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 36</p> <p>7. พระธรรมนิเทศด้านสุขภาวะจำนวน 100 รูป</p>	<p>1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL ร้อยละ 60</p> <p>2. ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 78</p> <p>3. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี ร้อยละ 19</p> <p>4. สถานชิวาภิบาลในชุมชนให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ร้อยละ 30</p> <p>5. ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 50</p> <p>6. ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 38</p> <p>7. พระธรรมนิเทศด้านสุขภาวะจำนวน 230 รูป</p>	<p>1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL ร้อยละ 80</p> <p>2. ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 97.25</p> <p>3. ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80</p> <p>4. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี ร้อยละ 20</p> <p>5. อำเภอที่มีการขับเคลื่อนเมือง/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ครบ 8 องค์ประกอบ ร้อยละ 25</p> <p>6. สถานชิวาภิบาลในชุมชนให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ร้อยละ 35</p> <p>7. ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะการปฏิบัติงานในการจัดการดูแล</p>



ตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

1. ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง

KPI Template ตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	
คลังเตอร์	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ
โครงการ	ยกระดับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง
คำนิยาม	<p>1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง</p> <p>2) การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้</p> <p> ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป</p> <p> ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน</p> <p> ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน</p> <p>3) ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 97.25 (รายละเอียดตามตารางแนบท้าย 1)
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น 3. เพื่อประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และชะลอความเสื่อมผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. พื้นที่ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) 2. พื้นที่บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ADL				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1. ชี้แจงการดำเนินงาน/ แนวทางการดำเนินงาน 2. พื้นที่มีแผนการขับเคลื่อน การดำเนินงานดูแลและ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ ภาคีเครือข่าย/ผู้ปฏิบัติงาน ระดับพื้นที่ 4. ผู้สูงอายุได้รับการ ประเมินความสามารถใน การประกอบกิจวัตร ประจำวัน (ADL)	ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 50	ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 60	1. ผู้สูงอายุได้รับการ ประเมินความสามารถใน การประกอบกิจวัตร ประจำวัน (ADL) ร้อยละ 80 2. ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะ พึ่งพิง ร้อยละ 97.25	
วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข รอบ 12 เดือน : รายงานมาตรฐาน >> ส่งเสริมป้องกัน >> การคัดกรอง >> รายการที่ 12 จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	ผู้สูงอายุที่ไม่มี ภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ	ร้อยละ 96.90	ร้อยละ 96.86	ร้อยละ 96.56 (30 มิ.ย. 68)
หมายเหตุ : * Baseline จากกลุ่มติดสังคมในระบบ HDC ซึ่งตัดข้อมูลรายปีงบประมาณ (เดือนกันยายนของทุกปี)					



ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทันตแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4273 E-mail : kunthawong19@gmail.com	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์มือถือ : 08 8645 3697
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ส่วนกลาง)	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย โทร: 0 2590 4499	E-mail: 02Group.anamai@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย นางสาวพรพิมล บุญญา โทร: 0 2590 4499 นายอนุชิต ภูผิวผา โทร : 0 2590 4499 นางสาวชลิตา สุวรรณลาภา โทร : 0 2590 4498	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ E-mail: Pornpimon.b@anamai.mail.go.th นักวิเคราะห์นโยบายและแผน E-mail: Anuchit.tiwlee@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน E-mail: 02Group.anamai@gmail.com

(ตารางแนบท้าย 1) ค่าเป้าหมาย ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง

หน่วยงาน	ค่าเป้าหมาย (ณ วันที่ 8 ส.ค. 68)
เขตสุขภาพที่ 1	ร้อยละ 97.25
เขตสุขภาพที่ 2	ร้อยละ 97.25
เขตสุขภาพที่ 3	ร้อยละ 97.25
เขตสุขภาพที่ 4	ร้อยละ 97.25
เขตสุขภาพที่ 5	ร้อยละ 97.25
เขตสุขภาพที่ 6	ร้อยละ 97.25
เขตสุขภาพที่ 7	ร้อยละ 97.25
เขตสุขภาพที่ 8	ร้อยละ 97.25
เขตสุขภาพที่ 9	ร้อยละ 97.25
เขตสุขภาพที่ 10	ร้อยละ 94
เขตสุขภาพที่ 11	ร้อยละ 97
เขตสุขภาพที่ 12	ร้อยละ 97.25



2. ตัวชี้วัด : ร้อยละของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ

KPI Template ตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	
คลังเตอร์	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ
โครงการ	ยกระดับการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ
คำนิยาม	<p>1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง</p> <p>2) ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไปทั้งชายและหญิง โดยในชมรมสามารถมีผู้ที่มีอายุระหว่าง 25 - 59 ปี ได้ไม่เกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกที่มีอายุเกิน 60 ปี ขึ้นไป โดยมีการดำเนินกิจกรรมของชมรมโดยผู้สูงอายุเป็นสมาชิก เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์หรือความมุ่งมั่นของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนั้น ๆ และเพื่อสังคมโดยรวม</p> <p>3) ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย และทางจิตใจ เช่น ประเมินสุขภาพ กิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย การส่งเสริมด้านโภชนาการ การดูแลสุขภาพช่องปาก กิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมสร้างความสุข การปรับสภาพแวดล้อม การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมมีสุขภาพที่แข็งแรงและลดการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง โดยผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ ตั้งแต่ 71 คะแนนขึ้นไป</p> <p>4) การประเมินชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ใช้เครื่องมือ “แบบประเมินเกณฑ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ” โดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ</p> <p>องค์ประกอบที่ 1 : การบริหารจัดการ (20 คะแนน)</p> <p>องค์ประกอบที่ 2 : กองทุนชมรมผู้สูงอายุ (10 คะแนน)</p> <p>องค์ประกอบที่ 3 : มิติสุขภาพ (60 คะแนน)</p> <p>องค์ประกอบที่ 4 : นวัตกรรม (10 คะแนน)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ	80
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย 2. เพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพตามบริบทของพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกจังหวัดทั่วประเทศไทยและกรุงเทพมหานคร



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. พื้นที่ที่มีแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในระดับเขต/จังหวัด/พื้นที่และเครือข่าย 2. ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเมืองชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน สนับสนุนข้อมูล และประเมินตามเกณฑ์ในพื้นที่เป้าหมาย 3. บันทึกข้อมูลรายงานผลการประเมินฯ ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย				
แหล่งข้อมูล	Aging data profile กรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ)				
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ ตั้งแต่ 71 คะแนนขึ้นไป				
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนใน Blue Book Application				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1. ประชุมเชิงปฏิบัติการและชี้แจงแนวทางการดำเนินการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและพื้นที่ 2. จัดทำคู่มือการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ	ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75	1. ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 78 2. กำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง	1. ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 2. สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย และวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่อง	
วิธีการประเมินผล :	รายงานสรุปผลการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ ผ่าน Aging data profile กรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ)				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2567	2568	2569
	ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	6,515 แห่ง	5,451 แห่ง (ร้อยละ 68.21) ข้อมูลวันที่ 31 พ.ค. 68	N/A
หมายเหตุ 1. ชมรมทั้งหมด 7,386 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 8 ก.ย. 68) 2. ผลการดำเนินงานในรอบปี 68 ที่ลดลง เนื่องจากมีการตัดฐานข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อนหรือ Error					



<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย นายแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทร : 0 2590 4273 E-mail : kunthawong19@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ นางสาวธนภรณ์ แจ่มแจ้ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร: 0 2590 4504 E-mail: yokapilar@gmail.com นางสาวฐิตานันท์ นามวงษา นักวิชาการสาธารณสุข โทร : 0 2590 4504 E-mail: thitananboeh@gmail.com</p>



3. ตัวชี้วัด : ร้อยละอำเภอที่มีการขับเคลื่อนเมือง/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ครบ 8 องค์ประกอบ

KPI Template ตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	
คลังสเตอร์	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ
โครงการ	ยกระดับการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละอำเภอที่มีการขับเคลื่อนเมือง/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ครบ 8 องค์ประกอบ
คำนิยาม	<p>1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป</p> <p>2) เมือง/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age - Friendly Cities) หมายถึง เมือง/ชุมชนที่มีการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ชุมชนหรือเมือง และโครงสร้างพื้นฐานเดิมให้เหมาะสมและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการทางสังคม และบริการทางสุขภาพอย่างทั่วถึงครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม</p> <p>3) ชุมชน หมายถึง พื้นที่ที่มีกลุ่มที่พักอาศัยของประชาชนในลักษณะใดก็ได้ที่อยู่ร่วมกัน ไม่ว่าจะอยู่ในเมือง หรือ ชนบท โดยในด้านกายภาพมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตร่วมกัน เช่น ถนนหนทาง ไฟฟ้า ประปา วัด โรงเรียน เป็นต้น และคนกลุ่มนี้มีลักษณะทางสังคมตลอดจนกิจกรรมทางสังคม และเศรษฐกิจ บางอย่างร่วมกันชัดเจน และขอบเขตของชุมชนจะมีอาณาบริเวณที่ชัดเจน</p> <p>4) ชุมชนเมือง หมายถึง บริเวณที่มีประชากรตั้งถิ่นฐานอยู่อย่างหนาแน่น เป็นบริเวณที่มีอาคารบ้านเรือนหนาแน่น อยู่ในเขตการปกครองแบบใดแบบหนึ่ง มีความเจริญเป็นศูนย์กลางต่าง ๆ มีการติดต่อค้าขาย การศึกษา มีสิ่งก่อสร้าง ถนนหนทาง ทั้งภายในเมือง นอกเมือง และระหว่างเมือง</p> <p>5) ชุมชนชนบท หมายถึง พื้นที่ที่อยู่นอกเขตเมือง โดยทั่วไปมีการตั้งถิ่นฐานเบาบาง ความหนาแน่นของประชากรน้อย มีความเป็นอยู่ในลักษณะของสังคมแบบชนบทการเกษตร ห่างไกลจากศูนย์กลางการบริหารและการบริการ ส่วนใหญ่การใช้ที่ดินในชนบทจะเป็นการใช้ที่ดินเพื่อการเกษตร</p> <p>6) เมือง/ชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี หมายถึง ชุมชนที่ส่งเสริมพหุพลัง (Active Aging) โดยครอบคลุมสภาวะความเป็นอยู่หรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พื้นที่สาธารณะ การเข้าถึงสถานที่สาธารณะอย่างสะดวกสบาย มีระบบบริการสุขภาพครอบคลุม เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุข</p> <p>7) องค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) กำหนดองค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุไว้ 8 องค์ประกอบ ดังนี้</p>



	<ol style="list-style-type: none"> 1. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building) 2. ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation) 3. ที่อยู่อาศัย (Housing) 4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation) 5. การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion) 6. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment) 7. การสื่อสารและข้อมูลสารสนเทศ (Communication and information) 8. การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services)
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 25	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย 2. เพื่อพัฒนาชุมชนที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทของประเทศไทย 3. เพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age – friendly Communities) ตามบริบทของพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกจังหวัดทั่วประเทศและกรุงเทพมหานคร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ศูนย์อนามัย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินพื้นที่ที่เข้าร่วมตามเกณฑ์ประเมินของกรมอนามัย
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานตามแบบรายงานสรุปผลการดำเนินงานเมือง/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age - friendly Communities/Cities) 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 4. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล /โรงพยาบาลชุมชน)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีการขับเคลื่อนเมือง/ชุมชนผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบของ WHO (หมายเหตุ* ใน 1 อำเภอถ้ามีจำนวนเมือง/ชุมชนผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบของ WHO มากกว่า 1 แห่งให้นับเป็น 1)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอในประเทศไทย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 12 เดือน



<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ นางสาวธนภรณ์ แจ่มแจ้ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร: 0 2590 4504 E-mail : yokapilar@gmail.com นางสาวฐิตานันท์ นามวงษา นักวิชาการสาธารณสุข โทร : 0 2590 4504 E-mail : thitananboeh@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย นางสาวพรพิมล บุญญา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร: 0 2590 4499 E-mail: Pornpimon.b@anamai.mail.go.th นายอนุชิต ภูผิวผา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทร : 0 2590 4499 E-mail: Anuchit.tiwlee@gmail.com นางสาวชลิตา สุวรรณลาภา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทร : 0 2590 4498 E-mail: 02Group.anamai@gmail.com</p>

4. ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

KPI Template ตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	
คลังสเตอร์	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ
โครงการ	ยกระดับการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม สู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
คำนิยาม	<p>1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป</p> <p>2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20 คะแนน) และมีการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ (การเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมองดี ความสุข และสิ่งแวดล้อม) พบว่า มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 องค์ประกอบขึ้นไป</p> <p>3) แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มี 6 ประเด็นสำคัญ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ 2. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 3. สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 4. ผู้สูงอายุสมองดี 5. ความสุขของผู้สูงอายุ 6. สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ <p>4) ได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) หมายถึง มีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ 2. ประเมินตนเองตามแนวทางการประเมินเพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ 3. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 4. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง 5. หลังจากปฏิบัติตามแผนแล้ว ประเมินภาวะสุขภาพตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ 6. ปรับปรุง/พัฒนาแผนและนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย 7. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม/กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ 8. เสร็จสิ้นกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี
เกณฑ์เป้าหมาย	: ร้อยละ 20



วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) 2. เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม/กลุ่มเสี่ยงให้ได้รับความรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ (การเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมอင့်ดี สุข และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย) 3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม/กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว 4. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน มีความตระหนัก เห็นคุณค่าและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพดูแลตนเอง 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	Blue Book Application (แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)								
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. Blue Book Application (แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ) 2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ 3. ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็น								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$								
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส 6, 9, 12 เดือน								
เกณฑ์การประเมิน :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแผนส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับเขต/จังหวัด/พื้นที่และเครือข่าย 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่าย </td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 6 องค์ประกอบ 2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ร้อยละ 18 3) สนับสนุน นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานฯ </td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ร้อยละ 19 2) สนับสนุน นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานฯ </td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ร้อยละ 20 2) สนับสนุน นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานฯ 3) ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน </td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	<ol style="list-style-type: none"> 1) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแผนส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับเขต/จังหวัด/พื้นที่และเครือข่าย 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่าย 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 6 องค์ประกอบ 2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ร้อยละ 18 3) สนับสนุน นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานฯ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ร้อยละ 19 2) สนับสนุน นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานฯ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ร้อยละ 20 2) สนับสนุน นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานฯ 3) ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
<ol style="list-style-type: none"> 1) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแผนส่งเสริมสุขภาพดีแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับเขต/จังหวัด/พื้นที่และเครือข่าย 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่าย 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 6 องค์ประกอบ 2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ร้อยละ 18 3) สนับสนุน นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานฯ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ร้อยละ 19 2) สนับสนุน นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานฯ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ร้อยละ 20 2) สนับสนุน นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานฯ 3) ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน 						



วิธีการประเมินผล :	Blue Book Application (แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 3. คู่มือขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ 4. Blue Book Application (แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ) 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2567	2568	2569
	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ	25.04 (737,407 คน)	30.12 (620,167 คน) (12 มี.ย. 68)	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย นายแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทร : 0 2590 4273 E-mail : kunthawong19@gmail.com</p> <p>นางสาวศตพร เทยานรงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร : 0 2590 4504 E-mail : theyanarong@gmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ นางสาวธนภรณ์ แจ่มแจ้ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร: 0 2590 4504 E-mail : yokapilar@gmail.com</p> <p>นางสาวธิตานันท์ นามวงษา นักวิชาการสาธารณสุข โทร : 0 2590 4504 E-mail : thitananboeh@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย นางสาวพรพิมล บุญญา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร: 0 2590 4499 E-mail: Pornpimon.b@anamai.mail.go.th</p> <p>นายอนุชิต ภูผิวผา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทร : 0 2590 4499 E-mail: Anuchit.tiwlee@gmail.com</p> <p>นางสาวชลิตา สุวรรณลาภา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทร : 0 2590 4498 E-mail: 02Group.anamai@gmail.com</p>				

5. ตัวชี้วัด : ร้อยละของสถานชิวาภิบาลในชุมชนให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

KPI Template ตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	
คลังสเตอร์	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ
โครงการ	โครงการยกระดับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของสถานชิวาภิบาลในชุมชนให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
คำนิยาม	<p>1) สถานชิวาภิบาลในชุมชน หมายถึง เป็นสถานที่ให้บริการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Long-Term Care and Palliative Care facility) นอกสถานพยาบาลให้การดูแลในระดับชุมชน แบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 สถานชิวาภิบาลสำหรับองค์การพระพุทธศาสนา (กุฏิชิวาภิบาล กุฏิชิวาบาล กุฏิสงฆ์ อาพาธ - สถานชิวาภิบาล ฯลฯ) หรือ 1.2 สถานชิวาภิบาล ที่ดำเนินการโดยองค์การศาสนาอื่น ๆ ท้องถิ่น ภาคประชาสังคม องค์การเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือ 1.3 สถานชิวาภิบาล ในสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ 1.4 สถานชิวาภิบาลเอกชน ได้แก่ สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ (nursing home เป็นต้น) เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงบริการชิวาภิบาลกับหน่วยบริการของรัฐ มาตรฐานด้านสถานที่ความปลอดภัย การบริการ และบุคลากร เป็นไปตามมาตรฐานโดยองค์การที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแล <p>2) สถานชิวาภิบาลในเขตรับผิดชอบ (1 อำเภอ/1 สถานชิวาภิบาล) หมายถึง จำนวนอำเภอทั้งหมดทั่วประเทศ รวมทั้งสิ้น 878 อำเภอ จากข้อมูลการปกครองส่วนภูมิภาค (ทำเนียบท้องที่) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย</p> <p>3) บริการสถานชิวาภิบาล/กุฏิชิวาภิบาล หมายถึง สถานชิวาภิบาล/กุฏิชิวาภิบาลที่มีการให้บริการตามมาตรฐานการจัดบริการดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 1 ด้าน ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ มีการส่งเสริมป้องกันสุขภาพสำหรับผู้รับบริการกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา พระสงฆ์ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น วัดส่งเสริมสุขภาพ อโรคยาสถาน (Health station@temple) หรือ 3.2 ด้านการดูแลระยะยาว มีแผนการดูแลระยะยาว (Care Plan) สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบดูแลระยะยาว (Long Term Care) หรือ 3.3 ด้านการดูแลระยะประคับประคองหรือระยะท้าย มีแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) สำหรับผู้ป่วยประคับประคองหรือระยะท้าย <p>4) สถานชิวาภิบาลให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง หมายถึง สถานที่ให้บริการการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (Long-Term Care and Palliative Care facility) ที่อยู่ในชุมชน โดยรูปแบบเป็นไปตามบริบทและความพร้อมของแต่ละพื้นที่ ทั้งในรูปแบบของรัฐ ท้องถิ่น องค์การศาสนา กุฏิชิวาภิบาล หรือองค์กรอื่น ๆ โดยมีการให้บริการตามมาตรฐานการจัดบริการดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 1 ด้าน</p>



<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) คู่มือมาตรฐานและแนวทางการพัฒนาสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา 2) คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager/Caregiver กรมอนามัย 3) คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager/Caregiver กรมอนามัย 4) คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community) 5) หลักสูตรพระศีลानุปฏิฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) หลักสูตร 70 ชั่วโมง 6) หลักสูตรพระศีลานุปฏิฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) ในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ชั่วโมง 7) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ตามมาตรา 3 8) คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024 กระทรวงสาธารณสุข 				
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>Baseline data</p>	<p>หน่วยวัด</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p>		
			<p>2566</p>	<p>2567</p>	<p>2568</p>
	<p>ร้อยละของสถานชีวาภิบาลให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง</p>	<p>ร้อยละ</p>	<p>-</p>	<p>28.25</p>	<p>28.93</p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ทันตแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904273 โทรศัพท์มือถือ : 08 8645 3697 E-mail : kunthawong19@gmail.com</p>				
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มคุ้มครองสุขภาพและพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำนักอนามัยผู้สูงอายุ นางสาวฐานิฉัตร เขียวเกษม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร: 0 2590 4508 E-mail : thanichat.k@gmail.com</p>				
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย นางสาวพรพิมล บุญญา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร: 0 2590 4499 E-mail: Pornpimon.b@anamai.mail.go.th นายอนุชิต ภูผิวผา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทร : 0 2590 4499 E-mail: Anuchit.tiwlee@gmail.com นางสาวชลิตา สุวรรณลาภา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทร : 0 2590 4498 E-mail: 02Group.anamai@gmail.com</p>				



6. ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมี ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น

KPI Template ตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	
คลังเตอร์	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ
โครงการ	ยกระดับการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมี ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น
คำนิยาม	<p>1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป</p> <p>2) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน (ADL 5 - 11 คะแนน) กลุ่มติดเตียง (ADL 0 - 4 คะแนน) ได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลตาม Care Plan (2) ให้บริการระยะยาวโดยทีมบุคลากรด้านสาธารณสุข (ทีมหมอบกรอบครัว หรือสหวิชาชีพ) กิจกรรมบริการตาม Care Plan (3) บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแล โดยมีผู้ช่วยดูแล Care giver หรือเครือข่ายจิตอาสา (4) จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ (5) ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการให้บริการ <p>3) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) มี ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ครบรอบ 10 - 12 เดือน หลังการให้บริการมีค่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้น ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป</p>
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ	24.55
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการพึ่งพิงจากคนในครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) Care Manager ประเมินผล ADL ก่อนให้บริการ 2) Care Manager ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ครบรอบ 10 - 12 เดือน 3) Care Manager ประเมินผล ADL หลังให้บริการ

แหล่งข้อมูล	1. โปรแกรม LTC สป.สช. 2. โปรแกรม 3C กรมอนามัย
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ได้รับการตามชุดสิทธิประโยชน์ ครบรอบ 10 - 12 เดือน หลังการให้บริการมีค่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้น ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ได้รับการตามชุดสิทธิประโยชน์ ครบรอบ 10 - 12 เดือน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2568 - เดือน กันยายน 2569

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับเขต/จังหวัดและภาคีเครือข่าย 2. พัฒนา และฟื้นฟูศักยภาพและทักษะ บุคลากร CM,CG) 3. ดำเนินการ และวางแผนติดตามผลการดำเนินงาน	-	-	ร้อยละ 24.55 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมี ADLเปลี่ยนแปลงดีขึ้น

วิธีการประเมินผล :

- 1) Care Manager บันทึกข้อมูล ADL ก่อนและหลังการให้บริการในระบบโปรแกรม LTC สป.สช.
- 2) สำนักอนามัยผู้สูงอายุดึงข้อมูลผลการดำเนินงานจากระบบโปรแกรม LTC สป.สช. คัดเลือกข้อมูลในระดับเขตและจังหวัดให้กับศูนย์อนามัยเพื่อกำกับติดตามและเร่งรัดผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่

เอกสารสนับสนุน :

- 1) โปรแกรมการบันทึกข้อมูล LTC สป.สช. /3C กรมอนามัย
- 2) คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ. 2561)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมี ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น	ร้อยละ	-	24.12	24.52 (31 พ.ค. 68)



<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>ทันตแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงค์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904273 โทรศัพท์มือถือ : 088-6453697 E-mail : kunthawong19@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มคุ้มครองสุขภาพและพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำนักอนามัยผู้สูงอายุ นางสาวลิชญา อุประรัตน์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904508 โทรศัพท์มือถือ : 088-2319485 E-mail : primsuda.u@anamai.mail.go.th</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ นางสาวพรพิมล บุญญา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร: 0 2590 4499 E-mail: Pornpimon.b@anamai.mail.go.th นายอนุชิต ฤณีวิภา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทร : 0 2590 4499 E-mail: Anuchit.tiwlee@gmail.com นางสาวชลิตา สุวรรณลาภา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทร : 0 2590 4498 E-mail: 02Group.anamai@gmail.com</p>



7. ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะ การปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

KPI Template ตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	
คลังเตอร์	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ
โครงการ	ยกระดับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพ และทักษะการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
คำนิยาม	<p>1) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 70 ชั่วโมง และขึ้นทะเบียนในระบบโปรแกรม 3C กรมอนามัย</p> <p>2) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะ การปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้จัดการการดูแล ผู้สูงอายุ (Care Manager) ที่ผ่านการอบรมมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี นับตั้งแต่วันที่สิ้นสุดการ ฝึกอบรม ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะการปฏิบัติงาน และมีสถานะปฏิบัติงานอยู่</p>
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 60	
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาทักษะและสมรรถนะให้กับผู้ปฏิบัติงานในบทบาทของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ให้มีความรู้เฉพาะด้านและเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ที่ผ่านการอบรมมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี นับตั้งแต่วันที่สิ้นสุดการฝึกอบรม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลการอบรมฟื้นฟูและตรวจสอบข้อมูลผลการดำเนินงานอบรมฟื้นฟูในระบบ โปรแกรม 3C กรมอนามัย
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม 3C กรมอนามัย
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะ การปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ที่ผ่านการอบรมมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี นับตั้งแต่วันที่สิ้นสุดการฝึกอบรมครั้งล่าสุด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2568 - เดือน กันยายน 2569



เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ในระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด และภาคีเครือข่าย - วางแผนการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพและทักษะ	ร้อยละ 40 ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ 50 ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ 60 ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง		
วิธีการประเมินผล :	1) ศูนย์อนามัยวางแผนการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพและทักษะของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) 2) ศูนย์ชี้แจงกลุ่มเป้าหมาย Care Manager ในพื้นที่เพื่อเตรียมตัวในการเข้าอบรม 3) ศูนย์อนามัยจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพและทักษะของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) 4) ศูนย์อนามัยบันทึกข้อมูลการจัดอบรมในระบบโปรแกรม 3C กรมอนามัย				
เอกสารสนับสนุน :	- โปรแกรมการบันทึกข้อมูล 3C กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
	ร้อยละของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูศักยภาพและทักษะการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ	40.99	31.17	68.69 (31 ก.ค. 68)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทันตแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904273 E-mail : kunthawong19@gmail.com		ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทรศัพท์มือถือ : 088-6453697		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มคุ้มครองสุขภาพและพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำนักอนามัยผู้สูงอายุ นางสาวลลิตญา อูประรัตน์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5904508 โทรศัพท์มือถือ : 088-2319485 E-mail : primsuda.u@anamai.mail.go.th				



ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	
	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	
	นางสาวพรพิมล บุญญา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	โทร: 0 2590 4499	E-mail: Pornpimon.b@anamai.mail.go.th
	นายอนุชิต ภูผิวผา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
	โทร : 0 2590 4499	E-mail: Anuchit.tiwlee@gmail.com
	นางสาวชลิตา สุวรรณลาภา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
	โทร : 0 2590 4498	E-mail: 02Group.anamai@gmail.com



8. ตัวชี้วัด : จำนวนพระธรรมนิเทศด้านสุขภาพ

KPI Template ตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	
คลังสเตอร์	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ
โครงการ	ยกระดับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	จำนวนพระธรรมนิเทศด้านสุขภาพ
คำนิยาม	พระธรรมนิเทศด้านสุขภาพ หมายถึง พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อสม.) ที่จบหลักสูตรพระธรรมนิเทศด้านสุขภาพ เป็นผู้ซึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้อย่างเท่าทันสื่อ เกิดความเข้าใจ จนมีทักษะในการตัดสินใจ และการสื่อสาร นำไปสู่การจัดการตนเองเพื่อสุขภาพที่ดี รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพ ในระดับส่วนบุคคลและชุมชนได้
เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวน 385 รูป (กระจายค่าเป้าหมายแต่ละพื้นที่ รายละเอียดตามตารางแนบท้าย 1)	
วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้นำทางศาสนามีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยพัฒนาศักยภาพผู้นำทางศาสนา ให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และให้คำแนะนำดูแลสุขภาพผู้นำทางศาสนาและศาสนิกชน ภายในศาสนสถานและชุมชนได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ร่วมดำเนินการ 1. ผู้นำทางศาสนา/ผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ/พระคิลานุปัฏฐาก 2. บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคีเครือข่าย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. พื้นที่จัดอบรมพระธรรมนิเทศด้านสุขภาพ 2. พื้นที่บันทึกข้อมูลการอบรมผ่านระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาสุขภาพ https://healthreligions.anamai.moph.go.th
แหล่งข้อมูล	1. ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาสุขภาพ https://healthreligions.anamai.moph.go.th 2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ 3. ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย
รายการข้อมูล 1	จำนวนพระธรรมนิเทศด้านสุขภาพ
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-



ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569		
เกณฑ์การประเมิน :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	1. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน 2. ประชาสัมพันธ์แผนการอบรม 3. สนับสนุนสื่อ องค์ความรู้ คู่มือ การจัดอบรม และแนวทางการดำเนินงาน 4. อบรมพัฒนาศักยภาพพระ ธรรมนิเทศด้านสุขภาพ	ผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ ผ่านการอบรมตามหลักสูตร จำนวน 100 รูป (ยอดใหม่)	ผู้นำทางศาสนาด้าน สุขภาพผ่านการอบรม ตามหลักสูตร จำนวน 230 รูป (ยอดใหม่)
			ผู้นำทางศาสนาด้าน สุขภาพผ่านการอบรม ตามหลักสูตร จำนวน 385 รูป (ยอดใหม่)
วิธีการประเมินผล :	1. ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ https://healthreligions.anamai.moph.go.th 2. ระบบอื่นๆ ที่สำนักอนามัยผู้สูงอายุกำหนด		
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรพระธรรมนิเทศด้านสุขภาพ 2. คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรพระคิลาณุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำ วัด-อสม.) 70 ชั่วโมง 3. ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ https://healthreligions.anamai.moph.go.th		
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			2566 2567 2568
	ผู้นำทางศาสนา ด้านสุขภาพ	จำนวน	- 281 รูป 1,833 รูป
	* ปี พ.ศ. 2567 - 2568 ข้อมูลจากสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ณ วันที่ 22 ก.ค. 68		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย นายแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ โทร : 0 2590 4273 E-mail : kunthawong19@gmail.com นางสาวจุฑาทิพย์ เจนจิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร : 0 2590 4268 E-mail : juthapuk.j@anamai.mail.go.th		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้นำทางศาสนาและศาสนสถาน สำนักอนามัยผู้สูงอายุ นางสาวธัญญลักษณ์ แสนลา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร : 0 2590 4268 E-mail : thanyaluk.s@anamai.mail.go.th นางสาวปาลิตา แก้วมงคล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร: 0 2590 4268 E-mail: palita.pk@hotmail.com		



ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	
	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	
	นางสาวพรพิมล บุญญา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	โทร: 0 2590 4499	E-mail: Pornpimon.b@anamai.mail.go.th
	นายอนุชิต ภูผิวผา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
	โทร : 0 2590 4499	E-mail: Anuchit.tiwlee@gmail.com
	นางสาวชลิตา สุวรรณลาภา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
	โทร : 0 2590 4498	E-mail: 02Group.anamai@gmail.com



(ตารางแนบท้าย 1) ค่าเป้าหมายจำนวนพระธรรมนิเทศด้านสุขภาวะ (ยอดใหม่)

หน่วยงาน	เป้าหมายตาม P1 แผนปฏิบัติการกรมอนามัย กลุ่มผู้สูงอายุ 2569 (รูป)
เขตสุขภาพที่ 1	40
เขตสุขภาพที่ 2	25
เขตสุขภาพที่ 3	25
เขตสุขภาพที่ 4	40
เขตสุขภาพที่ 5	40
เขตสุขภาพที่ 6	40
เขตสุขภาพที่ 7	20
เขตสุขภาพที่ 8	35
เขตสุขภาพที่ 9	20
เขตสุขภาพที่ 10	25
เขตสุขภาพที่ 11	35
เขตสุขภาพที่ 12	35
เขตสุขภาพที่ 13	5
รวม	385



9. ตัวชี้วัด : ร้อยละของศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์

KPI Template ตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	
คลังเตอร์	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ
โครงการ	ยกระดับการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	<p>1) ศาสนสถาน หมายถึง สิ่งก่อสร้างหรือพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์ที่ออกแบบมาเป็นพิเศษให้ปัจเจกหรือกลุ่มคนเข้ามาประกอบพิธีกรรมแสดงออกซึ่งการเคารพ อูทิสถน หรือศึกษาทางศาสนา ศาสนสถาน เช่น วัด โบสถ์ และมัสยิด ที่สร้างขึ้นเพื่อให้ศาสนิกชนใช้ประกอบพิธีทางศาสนา การบูชาในทางศาสนา และความเชื่อ</p> <p>2) ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ หมายถึง ศาสนสถานที่ผ่านการประเมินเป็นศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์ของกรมอนามัย อาทิ วัดส่งเสริมสุขภาพ มัสยิดส่งเสริมสุขภาพ และโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ เป็นศาสนสถานที่มีการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชน และชุมชน โดยมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร่วมพัฒนา คือ การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ทั้งผู้นำทางศาสนาและศาสนิกชนในชุมชน 2. ร่มรื่น คือ สะอาด ทั้งอาคารสถานที่ และสภาพแวดล้อมในศาสนสถานที่ถูกหลักสุขภาพอนามัย 3. ร่มเย็น คือ สงบด้วยหลักธรรมคำสอนของศาสนา 4. ร่วมสร้างสุขภาพ คือ การดูแลสุขภาพของผู้นำทางศาสนาและศาสนิกชนในชุมชน ด้วยกิจกรรมที่เอื้อต่อการดูแลส่งเสริมรักษาสุขภาพ 5. ร่วมจิตวิญญาณ คือ การดำรง รักษา ศิลปะวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และทรัพยากรธรรมชาติ <p>3) เกณฑ์การประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ 3 ระดับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับพื้นฐาน คือ มีผลรวมคะแนนการประเมิน ระหว่าง 70 - 79 คะแนน 2. ระดับก้าวหน้า คือ มีผลรวมคะแนนการประเมิน ระหว่าง 80 - 89 คะแนน 3. ระดับยั่งยืน คือ มีผลรวมคะแนนการประเมิน ตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป
เกณฑ์เป้าหมาย	: ร้อยละ 40 (กระจายค่าเป้าหมายที่ต้องดำเนินการแต่ละพื้นที่ ตามตารางแนบท้าย 1)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ศาสนสถานเป็นสถานที่ส่งเสริมสุขภาพ มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีการตรวจประเมินคัดกรองสุขภาพ/สำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผู้นำทางศาสนา และขยายผลสู่ชุมชน



	<p>2. เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้นำทางศาสนามีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พัฒนาศักยภาพผู้นำทางศาสนา ให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ/สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่พึงประสงค์ สามารถขยายผลสู่การพัฒนาสุขภาพของชุมชนให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และให้คำแนะนำดูแลสุขภาพผู้นำทางศาสนาและศาสนิกชนภายในศาสนสถานและชุมชนได้</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ศาสนสถานทั้งหมดในประเทศไทย จำนวน 53,293 แห่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัด 44,157 แห่ง (ระบบ Health Temple 30 ก.ย. 67) - โบสถ์ 5,099 แห่ง - มัสยิด 4,037 แห่ง <p>2. กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ร่วมดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำทางศาสนา/ผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ - บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคีเครือข่าย - ศาสนิกชน/ประชาชนทั่วไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. พื้นที่ที่มีแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในระดับเขต/จังหวัด/พื้นที่และเครือข่าย</p> <p>2. ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน สนับสนุนข้อมูล และประเมินตามเกณฑ์ในพื้นที่เป้าหมาย</p> <p>3. บันทึกข้อมูลรายงานผลการประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ https://healthreligions.anamai.moph.go.th</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ https://healthreligions.anamai.moph.go.th</p> <p>2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ</p> <p>3. ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง</p> <p>4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนศาสนสถานทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2568 - เดือนกันยายน 2569



เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่าย 2. พัฒนาสื่อ คู่มือแนวทางการดำเนินงานศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ 3. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน 4. สนับสนุนจุดบริการ ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (Health Station)	1. ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ร้อยละ 36 2. ประชุมติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง	1. ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ร้อยละ 38 2. ประชุมติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง	1. ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ร้อยละ 40 2. ติดตาม/ประเมิน/เยี่ยมเสริมพลัง/ถอดบทเรียนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ 3. สรุปผลการดำเนินงาน

วิธีการประเมินผล :	1. ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ https://healthreligions.anamai.moph.go.th 2. ระบบอื่นๆ ที่สำนักอนามัยผู้สูงอายุกำหนด
--------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ 2. คู่มือแนวทางการดำเนินงานและการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ 4. คู่มือแนวทางการดำเนินงานโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ 5. คู่มือการดำเนินงานสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ 6. ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2566	2567	2568
ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ	ร้อยละ		42.78 (วัด 18,171 แห่ง)	31.29 (16,673 แห่ง) - วัด 16,594 แห่ง - มัสยิด 56 แห่ง - โบสถ์ 23 แห่ง (ข้อมูลวันที่ 30 ก.ย. 67)	34.28 (18,269 แห่ง) - วัด 18,189 แห่ง - มัสยิด 57 แห่ง - โบสถ์ 23 แห่ง (ข้อมูลวันที่ 31 พ.ค. 68)



	<p>* หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปี พ.ศ. 2566 ข้อมูลวัดส่งเสริมสุขภาพเก็บจาก Google Drive สำนักอนามัยผู้สูงอายุ - ปี พ.ศ. 2567 ข้อมูลวัดส่งเสริมสุขภาพเก็บจากระบบ https://healthtemple.anamai.moph.go.th ข้อมูลมัสดยัดส่งเสริมสุขภาพและโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพเก็บจาก Google Drive สำนักอนามัยผู้สูงอายุ - ปี พ.ศ. 2568 ข้อมูลวัดส่งเสริมสุขภาพเก็บจากระบบ https://healthtemple.anamai.moph.go.th ข้อมูลมัสดยัดส่งเสริมสุขภาพและโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพเก็บจาก Google Drive สำนักอนามัยผู้สูงอายุ 												
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p> <table border="0"> <tr> <td>นายแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์</td> <td>ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ</td> </tr> <tr> <td>โทร : 0 2590 4273</td> <td>E-mail : kunthawong19@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>นางสาวจุฑาทิพย์ เจนจิตร</td> <td>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</td> </tr> <tr> <td>โทร : 0 2590 4268</td> <td>E-mail : juthapuk.j@anamai.mail.go.th</td> </tr> </table>	นายแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ	โทร : 0 2590 4273	E-mail : kunthawong19@gmail.com	นางสาวจุฑาทิพย์ เจนจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โทร : 0 2590 4268	E-mail : juthapuk.j@anamai.mail.go.th				
นายแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ												
โทร : 0 2590 4273	E-mail : kunthawong19@gmail.com												
นางสาวจุฑาทิพย์ เจนจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ												
โทร : 0 2590 4268	E-mail : juthapuk.j@anamai.mail.go.th												
<p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้นำทางศาสนาและศาสนสถาน สำนักอนามัยผู้สูงอายุ</p> <table border="0"> <tr> <td>นางสาวธัญญลักษณ์ แสนลา</td> <td>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</td> </tr> <tr> <td>โทร : 0 2590 4268</td> <td>E-mail : thanyaluk.s@anamai.mail.go.th</td> </tr> <tr> <td>นางสาวปาไลตา แก้วมงคล</td> <td>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</td> </tr> <tr> <td>โทร: 0 2590 4268</td> <td>E-mail: palita.pk@hotmail.com</td> </tr> </table>	นางสาวธัญญลักษณ์ แสนลา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โทร : 0 2590 4268	E-mail : thanyaluk.s@anamai.mail.go.th	นางสาวปาไลตา แก้วมงคล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โทร: 0 2590 4268	E-mail: palita.pk@hotmail.com				
นางสาวธัญญลักษณ์ แสนลา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ												
โทร : 0 2590 4268	E-mail : thanyaluk.s@anamai.mail.go.th												
นางสาวปาไลตา แก้วมงคล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ												
โทร: 0 2590 4268	E-mail: palita.pk@hotmail.com												
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ</p> <table border="0"> <tr> <td>นางสาวพรพิมล บุญญา</td> <td>นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</td> </tr> <tr> <td>โทร: 0 2590 4499</td> <td>E-mail: Pornpimon.b@anamai.mail.go.th</td> </tr> <tr> <td>นายอนุชิต ภูผิวผา</td> <td>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</td> </tr> <tr> <td>โทร : 0 2590 4499</td> <td>E-mail: Anuchit.tiwlee@gmail.com</td> </tr> <tr> <td>นางสาวชลิตา สุวรรณลาภา</td> <td>นักวิเคราะห์นโยบายและแผน</td> </tr> <tr> <td>โทร : 0 2590 4498</td> <td>E-mail: 02Group.anamai@gmail.com</td> </tr> </table>	นางสาวพรพิมล บุญญา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โทร: 0 2590 4499	E-mail: Pornpimon.b@anamai.mail.go.th	นายอนุชิต ภูผิวผา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	โทร : 0 2590 4499	E-mail: Anuchit.tiwlee@gmail.com	นางสาวชลิตา สุวรรณลาภา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	โทร : 0 2590 4498	E-mail: 02Group.anamai@gmail.com
นางสาวพรพิมล บุญญา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ												
โทร: 0 2590 4499	E-mail: Pornpimon.b@anamai.mail.go.th												
นายอนุชิต ภูผิวผา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน												
โทร : 0 2590 4499	E-mail: Anuchit.tiwlee@gmail.com												
นางสาวชลิตา สุวรรณลาภา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน												
โทร : 0 2590 4498	E-mail: 02Group.anamai@gmail.com												



(ตารางแนบท้าย 1) ค่าเป้าหมายจำนวนศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ที่ต้องดำเนินการแต่ละพื้นที่

ศูนย์อนามัย	ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ (แห่ง)
ศูนย์อนามัยที่ 1	2,581
ศูนย์อนามัยที่ 2	1,129
ศูนย์อนามัยที่ 3	1,339
ศูนย์อนามัยที่ 4	1,483
ศูนย์อนามัยที่ 5	1,017
ศูนย์อนามัยที่ 6	1,608
ศูนย์อนามัยที่ 7	1,934
ศูนย์อนามัยที่ 8	3,413
ศูนย์อนามัยที่ 9	2,220
ศูนย์อนามัยที่ 10	2,328
ศูนย์อนามัยที่ 11	1,117
ศูนย์อนามัยที่ 12	872
ศูนย์อนามัยที่ 13	278
รวม	21,319



10. ตัวชี้วัด : ผู้นำทางศาสนามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

KPI Template ตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติการรณรงค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	
คลังเตอร์	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพ
โครงการ	ยกระดับการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	ผู้นำทางศาสนามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
คำนิยาม	<p>ผู้นำทางศาสนามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) ผู้นำทางศาสนามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านทันตกรรม/การดูแลช่องปาก 2. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง 3. มีกิจกรรมทางกาย (เช่น การเดิน/ทำความสะอาดศาสนสถาน/ทำสวน ฯลฯ) อย่างน้อยวันละ 30 นาที ตั้งแต่ 5 วันต่อสัปดาห์ 4. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 5. ลด/หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชูกำลัง/ชา/กาแฟ/น้ำอัดลม 6. กินผักและผลไม้สด ได้วันละ 400 กรัมหรือ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 - 7 วันต่อสัปดาห์) 7. ไม่สูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่ <p>โดยต้องผ่านการประเมินทั้ง 7 ด้าน จึงถือว่าผ่านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p>
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 25	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้นำทางศาสนามีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สามารถขยายผลสู่การพัฒนาสุขภาพของชุมชนให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และให้คำแนะนำดูแลสุขภาพผู้นำทางศาสนาและศาสนิกชนภายในศาสนสถานและชุมชนได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	พระสงฆ์/พระภิกษุ/พระภิกษุ/ผู้นำทางศาสนา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. พื้นที่มีแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในระดับเขต/จังหวัด/พื้นที่และเครือข่าย 2. ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองชี้แจง และขับเคลื่อนการดำเนินงาน 3. บันทึกข้อมูลผลการประเมินคัดกรองสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้นำทางศาสนา
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ https://healthreligions.anamai.moph.go.th 2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ 3. ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง



	4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้นำทางศาสนาที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้นำทางศาสนาที่ประเมินพฤติกรรมสุขภาพในระบบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2568 - กันยายน 2569

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ol style="list-style-type: none"> ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาคู่มือ สื่อ องค์ความรู้ นวัตกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำทางศาสนา ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน สนับสนุนจุดบริการศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (Health Station) พัฒนาศักยภาพผู้นำทางศาสนา 	<ol style="list-style-type: none"> รณรงค์และส่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้นำทางศาสนา ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้นำทางศาสนา 	<ol style="list-style-type: none"> รณรงค์และส่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้นำทางศาสนา ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้นำทางศาสนา 	<ol style="list-style-type: none"> รณรงค์และส่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้นำทางศาสนา ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้นำทางศาสนา ผู้นำทางศาสนามีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 25

วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ https://healthreligions.anamai.moph.go.th ระบบอื่นๆ ที่สำนักอนามัยผู้สูงอายุกำหนด
---------------------------	---

เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> คู่มือการดำเนินงานสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ คู่มือการดำเนินงานสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้นำศาสนาอิสลาม ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ
-------------------------	---

รายละเอียดข้อมูล	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
-------------------------	---------------	----------	------------------------------------



พื้นฐาน		2566	2567	2568
	พฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ของ ผู้นำทางศาสนา	ร้อยละ พฤติกรรม สุขภาพที่พึง ประสงค์ของ พระสงฆ์)	22 พฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ของ พระสงฆ์)	23 พฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ของ พระสงฆ์) (ข้อมูลวันที่ 26 มิ.ย. 68)
* ปี พ.ศ. 2566 - 2568 ข้อมูลจากระบบ https://healthtemple.anamai.moph.go.th				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย นายแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์ โทร : 0 2590 4273 นางสาวจุฑาทิพย์ เจนจิตร โทร : 0 2590 4268	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ E-mail : kunthawong19@gmail.com พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : juthapuk.j@anamai.mail.go.th		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้นำทางศาสนาและศาสนสถาน สำนักอนามัยผู้สูงอายุ นางสาวธัญญลักษณ์ แสนลา โทร : 0 2590 4268 นางสาวปาไลตา แก้วมงคล โทร: 0 2590 4268	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ E-mail : thanyaluk.s@anamai.mail.go.th นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ E-mail: palita.pk@hotmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ นางสาวพรพิมล บุญญา โทร: 0 2590 4499 นายอนุชิต ภูผิวผา โทร : 0 2590 4499 นางสาวชลิตา สุวรรณลาภา โทร : 0 2590 4498	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ E-mail: Pornpimon.b@anamai.mail.go.th นักวิเคราะห์นโยบายและแผน E-mail: Anuchit.tiwlee@gmail.com นักวิเคราะห์นโยบายและแผน E-mail: 02Group.anamai@gmail.com		



ส่วนที่ ๒

แนวทางการดำเนินดำเนินงาน กลุ่มผู้สูงอายุ



แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้การดำเนินงานของกรมอนามัย

ปัจจุบันแนวทางและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (Intervention) ภายใต้การดำเนินงานของกรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่าย แบ่งออกเป็น 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. **การคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (Screening)** ซึ่งเน้นการประเมินสมรรถภาพผู้สูงอายุผ่านแบบประเมิน ADL โดยการบันทึกผ่านระบบ JHCIS/Hosxp/อื่นๆ และการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน โดยเชื่อมโยงข้อมูลจาก Smart อสม., Blue Book Application และฐานข้อมูล HDC เพื่อให้หน่วยบริการสามารถติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้อย่างครบถ้วน

2. **กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20)** โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผ่านกิจกรรมเชิงรุก เช่น การจัดทำ Wellness Plan และการคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) โดยใช้สื่อและแพลตฟอร์มดิจิทัลในการบันทึกข้อมูล

3. **ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ** เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมผ่านกิจกรรมสุขภาพโดยใช้ชมรมผู้สูงอายุเป็นฐานสำคัญ ทั้งกิจกรรมทางกาย สุขภาพช่องปาก และการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยมีการประเมินความพร้อมและคุณภาพกิจกรรม ของชมรมผู้สูงอายุผ่าน Blue Book Application พร้อมรายงานผลข้อมูลในระดับพื้นที่ได้

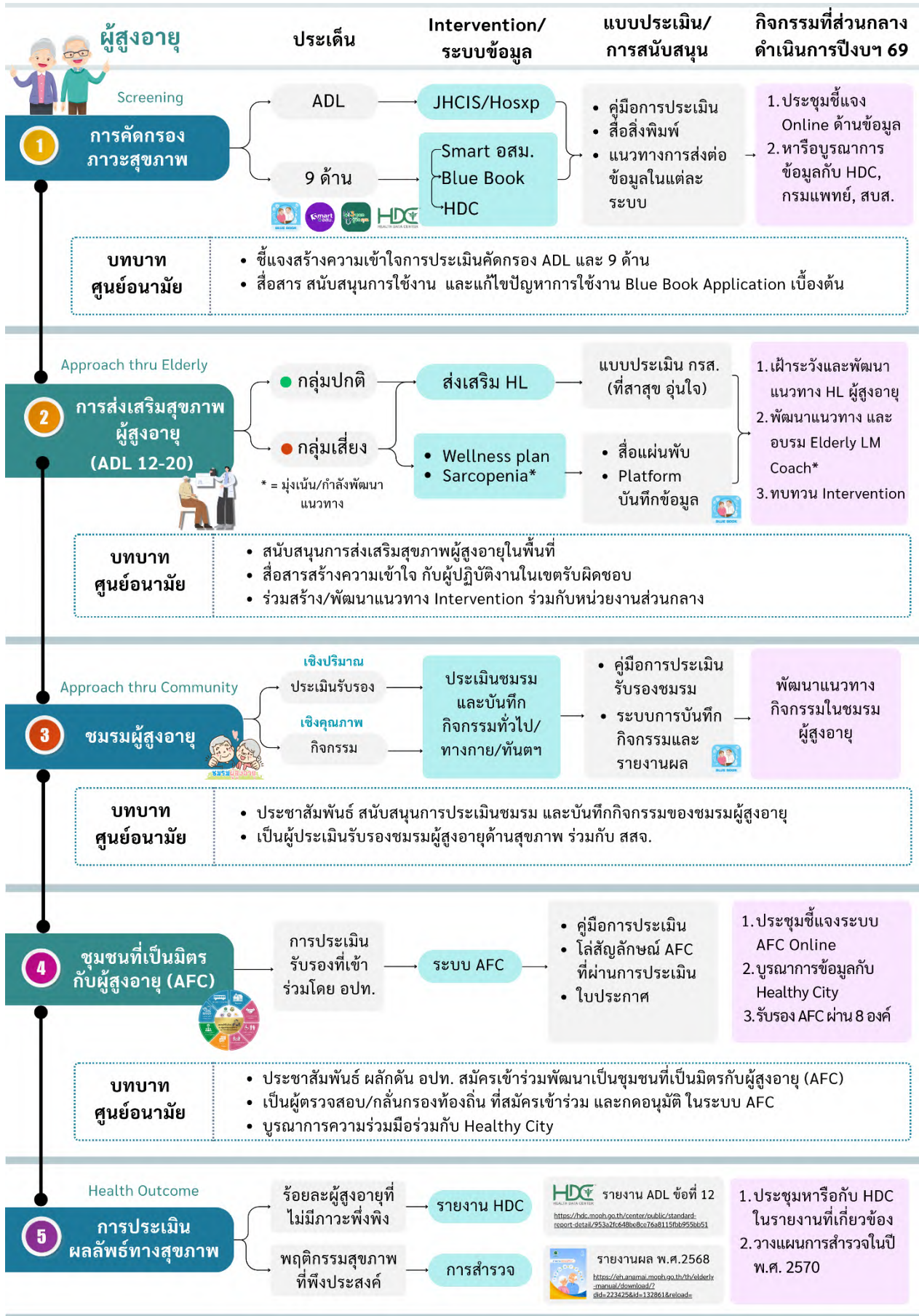
4. **การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age - Friendly Communities: AFC)** โดยสนับสนุนให้ท้องถิ่นและ อปท. เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ระบบ AFC เป็นเครื่องมือในการประเมินและติดตามความก้าวหน้า พร้อมสนับสนุนคู่มือการดำเนินงาน ระบบข้อมูลในการรายงานผล และเชิดชูเกียรติ ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตลอดจนร่วมขับเคลื่อนกับแนวคิด Healthy City เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะของทุกช่วงวัย

5. **การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcome Assessment)** เป็นการติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เช่น ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง หรือพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยใช้ข้อมูลจากระบบ HDC และรายงานสำรวจ เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

โดยรวม แนวทางทั้ง 5 ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นถึงการดำเนินงานแบบบูรณาการของกรมอนามัยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชน และสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการพัฒนากระบวนการสร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วน และการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุน นอกจากนี้ ได้มีการเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานระดับภูมิภาค เช่น ศูนย์อนามัย กับการสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และแผนพัฒนากิจกรรมที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ดังแผนภาพ



แนวทางการดำเนินงานกลุ่มติดสังคม



ประเด็นที่ 1 การคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (Screening)

การคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างครอบคลุม และต่อเนื่อง โดยทุกๆปี กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการคัดกรองผ่าน 2 เครื่องมือหลัก ได้แก่

1. แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

2. แบบประเมินการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความคิดความจำ, ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย, ด้านการขาดสารอาหาร, ด้านการมองเห็น, ด้านการได้ยิน, ด้านซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ด้านการกลืนปัสสาวะ, ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ด้านสุขภาพช่องปาก

ทั้งนี้ มีการกำหนดแนวทางการประเมิน การบันทึกข้อมูล และการส่งต่อผลการคัดกรองเข้าสู่ระบบสารสนเทศสุขภาพ เพื่อให้หน่วยบริการสามารถติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

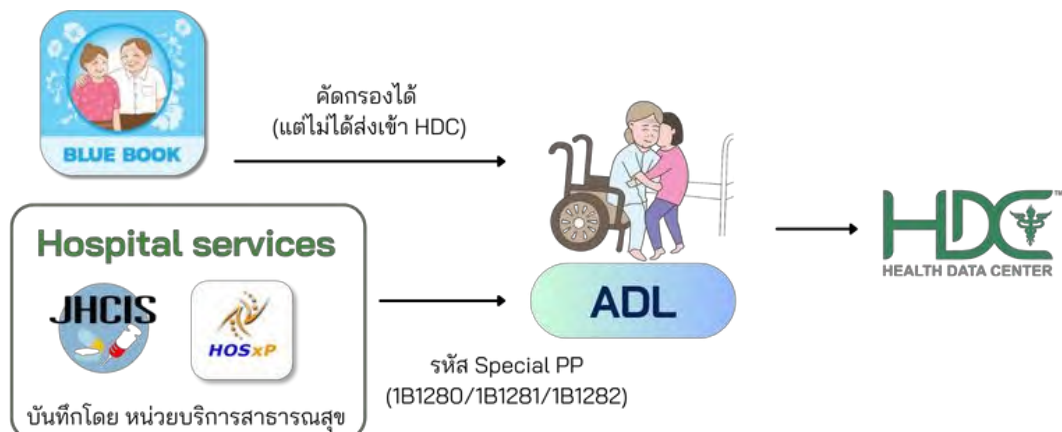
การคัดกรองความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL)

ปัจจุบัน การคัดกรองความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถคัดกรองได้จากหลายแพลตฟอร์ม ทั้งนี้ในปัจจุบัน ข้อมูลคัดกรองที่มีการรายงานผลในภาพรวมระดับประเทศ และใช้เป็นแหล่งในการอ้างอิงข้อมูล คือ ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ซึ่งมีรายงานที่แสดงข้อมูล ADL 2 ชุด ได้แก่

1. ข้อที่ 10 ร้อยละของ Healthy Ageing
2. ข้อที่ 12 จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

***ทั้งนี้ การรายงานผล ร้อยละผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง กรมอนามัย จะยึดตามรายงานข้อที่ 12**

โดยการนำเข้าข้อมูลการประเมินคัดกรอง เกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุข ประเมินผู้สูงอายุตามแบบประเมิน ADL และนำมาบันทึกผ่าน Hospital services ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / โรงพยาบาลชุมชน / อื่นๆ เช่น ระบบ JHCIS, Hosxp เป็นต้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกจัดส่งเข้า HDC เพื่อแสดงรายงานผ่านรหัส Special PP : กลุ่มติดสังคม ADL 12 – 20 คะแนน (1B1280) กลุ่มติดบ้าน ADL 5 – 11 คะแนน (1B1281) และกลุ่มติดเตียง ADL 0 – 4 คะแนน (1B1282)



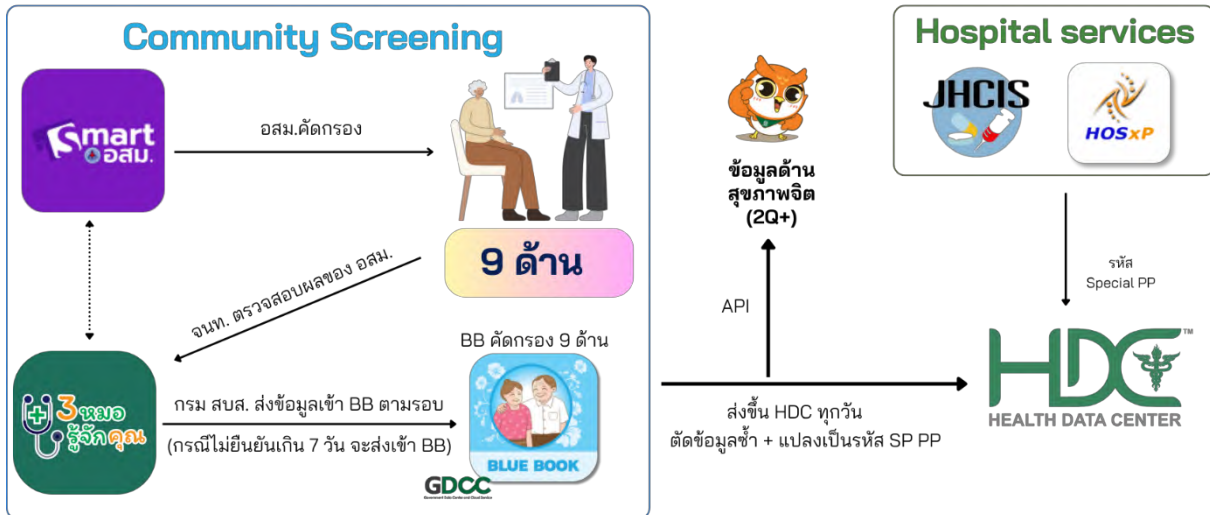
การคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน

การคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุ สามารถตรวจพบปัญหาสุขภาพได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และได้รับการจัดบริการดูแลหรือส่งต่อได้อย่างเหมาะสมตามระดับความเสี่ยง โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ดังนี้

ด้านที่	ประเด็น	แบบประเมินคัดกรอง
1	ด้านความคิดความจำ	Mini Cog
2	ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย	Time Up and Go, ข้อคำถามประวัติหกล้ม
3	ด้านการขาดสารอาหาร	ข้อคำถามการขาดสารอาหาร
4	ด้านการมองเห็น	ข้อคำถามการมองเห็น
5	ด้านการได้ยิน	Finger rub test
6	ด้านซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	2Q Plus
7	ด้านการกลืนปัสสาวะ	ข้อคำถามการกลืนปัสสาวะ
8	ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ข้อคำถามกิจวัตรประจำวัน
9	ด้านสุขภาพช่องปาก	ข้อคำถามสุขภาพช่องปาก

รูปแบบการคัดกรองและการนำเข้าสู่ข้อมูล

การคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ดำเนินการโดยหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. หรือศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้คัดกรองหลัก ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ โดยผลการคัดกรองจะถูกบันทึกลงในแอปพลิเคชัน “Smart อสม.” จากนั้นข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยังแอปพลิเคชัน “3 หมอรู้จักคุณ” เพื่อให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินจาก อสม. เมื่อได้มีการยืนยันผลการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้านแล้ว ทางกรมสนับสนุนบริการสุขภาพจะดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลกับแอปพลิเคชัน “สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)” ตามรอบการส่ง (ไม่ได้ส่งแบบ Real-time) ทั้งนี้ Blue Book Application ก็เป็น Platform ที่สามารถคัดกรองสุขภาพ 9 ด้านได้เช่นกัน ดังนั้น เมื่อได้รับผลการคัดกรองจาก Smart อสม. และ 3 หมอรู้จักคุณ แล้ว Blue Book Application โดยกรมอนามัย จะดำเนินการตัดความซ้ำซ้อนของข้อมูลรายชื่อ และแปลงผลการประเมิน เป็นรหัส Special PP (สามารถดูได้จากเอกสารแนบ) และส่งขึ้นระบบระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) เพื่อแสดงรายงานในทุกวัน อีกทั้งยังดำเนินการส่งข้อมูล 2Q+ ให้กับกรมสุขภาพจิตด้วย นอกจากนี้การคัดกรองผ่านแอปพลิเคชันแล้ว ยังมีช่องทางของหน่วยบริการที่บ้านที่ผลคัดกรองผ่าน ระบบ JHCIS, Hosxp และอื่นๆ เพื่อนำเข้าในรายงาน HDC ได้เช่นกัน รายละเอียดดังแผนภาพ



หน้ารายงานผลการคัดกรอง

ปัจจุบัน รายงานการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน สามารถดูข้อมูลได้จาก 3 แหล่งสำคัญ ประกอบด้วย

1. เว็บไซต์ 3 หมอรู้จักคุณ: <https://3doctor.hss.moph.go.th>
2. Blue Book Application: <https://bluebook.anamai.moph.go.th>
3. ระบบ HDC: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48>

3.1 ข้อที่ 13 การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1)

แหล่งข้อมูลจาก: *Community Screening และ Hospital Services*

3.2 ข้อที่ 14 การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน จาก API

แหล่งข้อมูลจาก: *Community Screening เท่านั้น*

***ทั้งนี้ การรายงานผล การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน แนะนำให้ดูรายงานข้อที่ 13 จากระบบ HDC**

สื่อ/เอกสารสนับสนุน

การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน

1. ความคิดความจำ Mini Cog	6. ภาวะซึมเศร้า 2Q Plus
2. การเคลื่อนไหวร่างกาย Time Up and Go, ข้อห้ามประจำพิศหัตถ์	7. การกลืนปัสสาวะ ข้อห้ามการกลืนปัสสาวะ
3. การขาดสารอาหาร ข้อห้ามการขาดสารอาหาร	8. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อห้ามกิจวัตรประจำวัน
4. การมองเห็น ข้อห้ามการมองเห็น	9. สุขภาพช่องปาก ข้อห้ามสุขภาพช่องปาก
5. การได้ยิน Finger rub test	



ประเด็นที่ 2 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20)

เมื่อผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) แล้ว จะสามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ทั้งนี้ ผู้สูงอายุจะได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน หรือการคัดกรองสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจำแนกเพิ่มเติมเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินดังกล่าวจะช่วยให้หน่วยงานสามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ซึ่งมีคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จะได้รับ กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ (Intervention) ภายใต้โครงการต่าง ๆ ของกรมอนามัย ซึ่งในปัจจุบัน มีรายละเอียด ดังนี้

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Literacy in Older Adults)

ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กรมอนามัย โดยกองส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (กรส.) ได้พัฒนาแพลตฟอร์ม “ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (Health Literacy Hub : HL Hub)” เพื่อใช้เป็นศูนย์กลางในการสำรวจ วิเคราะห์ และส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มวัยสำคัญ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สามารถนำแบบสำรวจจากแพลตฟอร์มดังกล่าวไปใช้ประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของตนได้ ผ่านทางระบบเว็บไซต์ (Website) ของ HL Hub เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

สำหรับแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. ประเด็นที่ 1: การหกล้มในผู้สูงอายุ (Fall)
2. ประเด็นที่ 2: ด้านความคิดความจำ หรือภาวะสมองเสื่อม (Cognitive)
3. ประเด็นที่ 3: สุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ (Oral Health)
4. ประเด็นที่ 4: สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Environment)

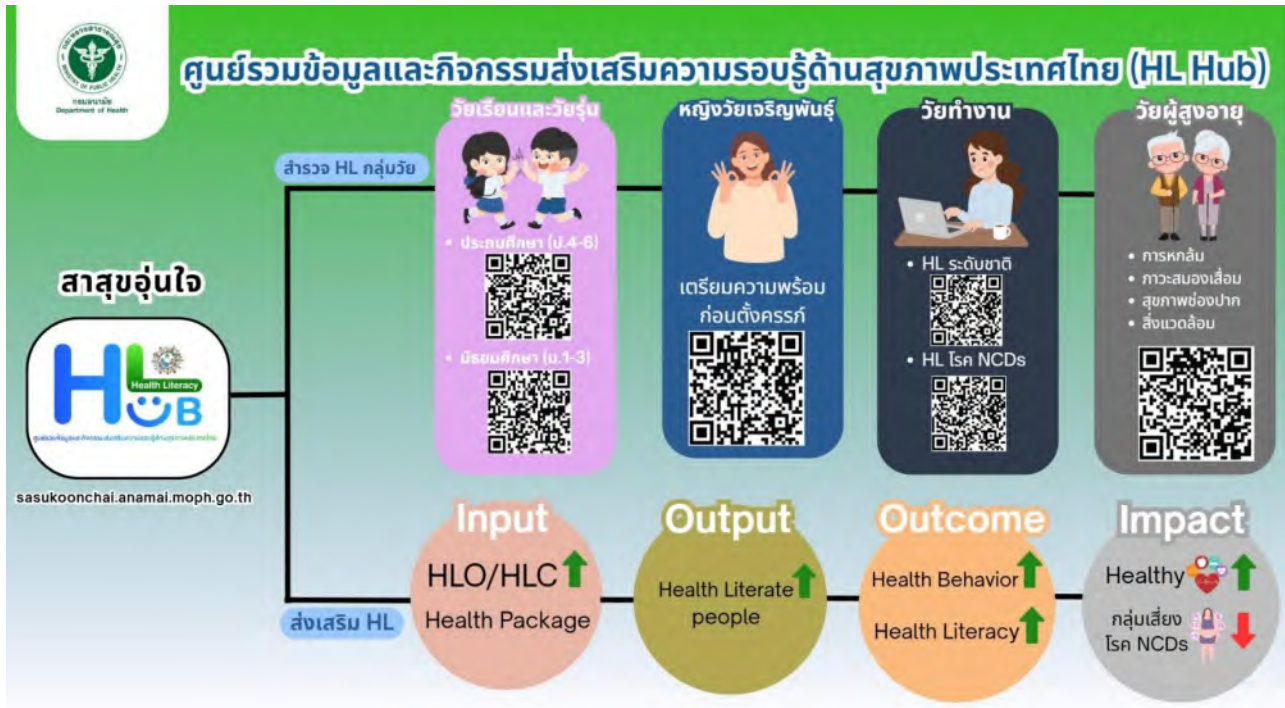
โดยในแต่ละประเด็นจะเป็นการวัดความรู้ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย

- ด้านที่ 1 : การเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
- ด้านที่ 2 : การซักถามข้อสงสัย
- ด้านที่ 3 : การเข้าใจข้อมูล
- ด้านที่ 4 : การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ

ทั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุตอบแบบสำรวจแล้ว ข้อมูลจะถูกประมวลผลและวิเคราะห์เพื่อแสดงระดับความรู้ด้านสุขภาพรายบุคคล รวมถึงสรุปผลในภาพรวมระดับพื้นที่ ทั้งนี้ หน่วยงานสาธารณสุข ได้รับข้อมูลในรูปแบบไฟล์ Excel เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ต่อยอด วางแผน และพัฒนากิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม



แนวทางการดำเนินงานกลุ่มติดสังคม



รายละเอียดการตอบแบบสำรวจ ผ่าน “HL Hub” สามารถเข้าถึงผ่านช่องทาง ดังนี้

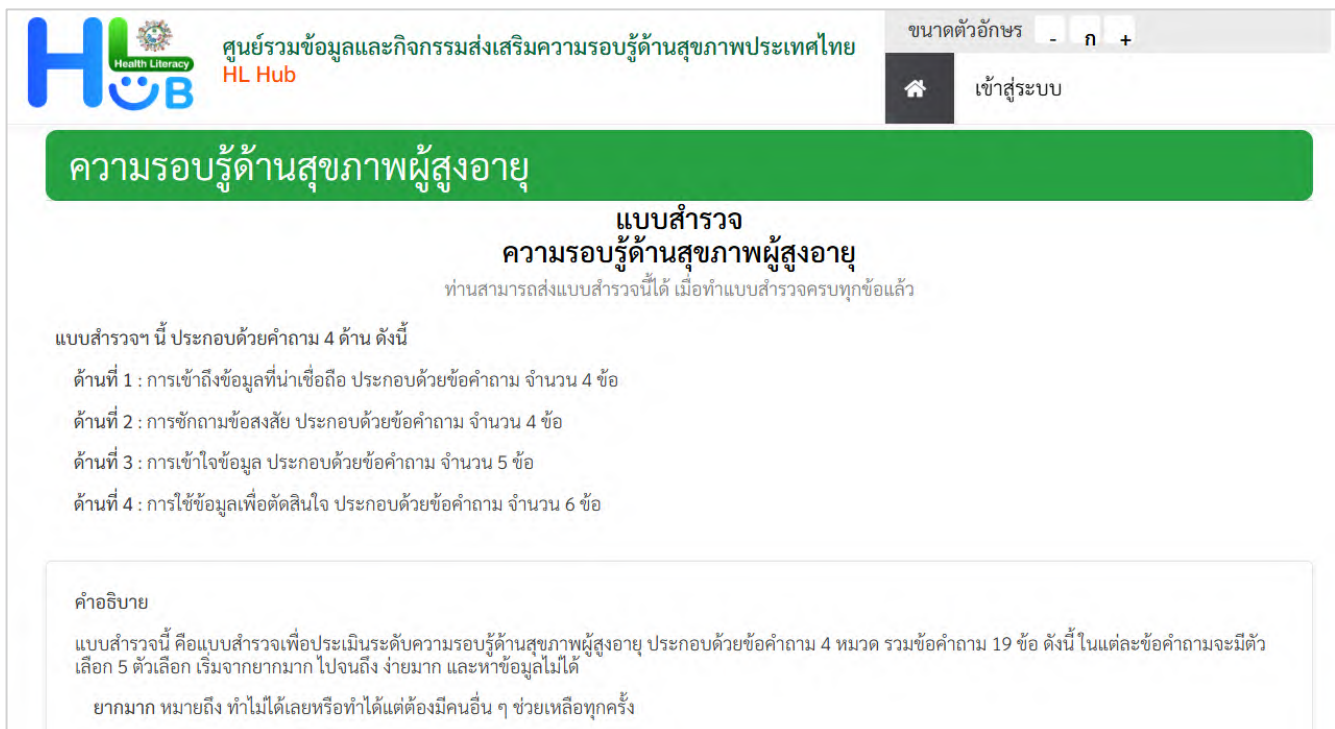
1. เข้าเว็บไซต์ <https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/index.php>



2. เลือก “แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ”



3. ตอบแบบสำรวจ และกดส่งแบบสำรวจ



แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan)

แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถวางแผนการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการ และสามารถปรับให้เข้ากับวิถีการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุได้ตามบริบทพื้นที่ โดยมีการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ในด้านต่างๆ ที่สำคัญต่อการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถทราบสถานะสุขภาพของตนเอง สามารถเรียนรู้ วิเคราะห์ ทำความเข้าใจ และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนสามารถวางแผนส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเองได้

การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ ที่มุ่งเน้นการชะลอความเสื่อมของร่างกายและจิตใจส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสนับสนุนองค์ความรู้ 6 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมอติ มีความสุข และสิ่งแวดล้อมปลอดภัยให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผ่านกลไกชมรมผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age - Friendly Communities) และเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน มีส่วนร่วมในสังคมอย่างมีคุณค่า เพื่อให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตที่ดี



วัตถุประสงค์ แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพ (Screening)



- คัดกรองสุขภาพขั้นพื้นฐานประจำปี คัดกรองความเสี่ยง ด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมอง สุขภาพจิต และสิ่งแวดล้อมปลอดภัย

2. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)



- ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ประเด็น ได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ ที่มุ่งเน้นการชะลอความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สนับสนุนองค์ความรู้ 6 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมองดี มีความสุข และสิ่งแวดล้อมปลอดภัยให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

3. ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทักษะทางสังคม (Support and Participation)



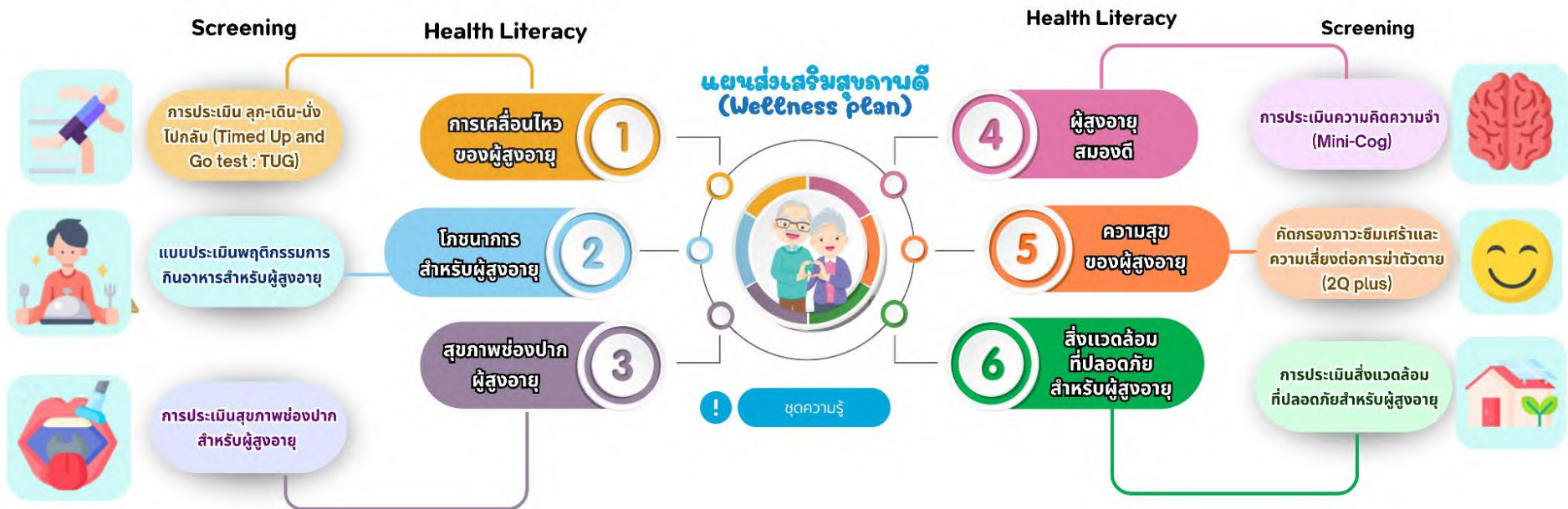
- การทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ ผ่านกลไก ชมรมผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภายใต้ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age - Friendly Communities) และเมืองสุขภาพดี (Healthy City)





กรมอนามัย
Department of Health

แผนส่งเสริมสุขภาพดี ประกอบด้วย “6 องค์ประกอบ” ที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพดี และการประเมินความเสี่ยง





การสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)



การสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง สามารถเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพตนเองในองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถวิเคราะห์ ทำความเข้าใจ และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ตลอดจนสามารถวางแผนส่งเสริมสุขภาพตนเอง สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และอาจบอกต่อวิธีการ หรือให้คำปรึกษาแนะนำผู้อื่นในชุมชนได้ เครื่องมือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุได้แก่

1. การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวออกแรงของผู้สูงอายุเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ในการส่งเสริมสุขภาพทุกส่วนของร่างกายให้แข็งแรงดีขึ้น ลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ความเครียด มีความสมดุลคล่องแคล่ว อ่อนตัว และการเคลื่อนไหวได้มากที่สุด ไม่เป็นภาระของผู้อื่น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งทางสังคม และเศรษฐกิจ สามารถดำรงชีวิตอยู่กับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข



2. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุไม่พร่องสารอาหารและบริโภคในสัดส่วนปริมาณที่เหมาะสม

- 1) ไม่พร่องสารอาหาร หมายถึง ผู้สูงอายุบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ อย่างหลากหลายในปริมาณที่เพียงพอ เหมาะสม และรู้จักเลือกบริโภคให้เหมาะสมกับตนเอง (ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และแร่ธาตุ ครบถ้วน)
- 2) บริโภคในสัดส่วนปริมาณที่เหมาะสม หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารครบถ้วนและบริโภคในปริมาณที่เหมาะสมตามพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันของแต่ละบุคคล โดยมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม

3. สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุไทยจะมีสุขภาพช่องปากที่ดี ต้องมี 1) ฟันอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลังขึ้นไป ร่วมกับการ 2) มีฟันสะอาดเหงือกแข็งแรง ส่งผลให้มีการ 3) เคี้ยวและกลืนได้อย่างปกติ และยิ้มได้อย่างมั่นใจ

4. ผู้สูงอายุสมองดี หมายถึง ความสามารถในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการควบคุม ประกอบด้วย

- 1) การรับรู้ดี คือ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล
- 2) ความจำดี คือ สามารถจำของเดิมและเรียนรู้สิ่งใหม่
- 3) มีเหตุผล คือ สามารถคิดวางแผนจัดลำดับอย่างมีเหตุผล
- 4) มีสมาธิ คือ สามารถจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้, คำนวณได้
- 5) การใช้ภาษาดี คือ สามารถสื่อสารได้เข้าใจ การพูด การอ่าน การเขียน
- 6) มีมิติสัมพันธ์ คือ ความสามารถด้านการรับรู้ก่อมิติสัมพันธ์

5. ความสุขของผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ และความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อตนเองในเชิงบวก เช่น ความพึงพอใจในชีวิต พึงพอใจในกิจกรรมที่กระทำ พึงพอใจสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความพึงพอใจของบุคคลอื่นที่พึงกระทำต่อตนเอง

6. สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย และสถานที่สาธารณะให้มีความปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยงและอันตรายที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างยืนยาว ประกอบด้วย

- 1) การจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับชื้น มีอุปกรณ์



กระบวนการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan)

1) ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และมีการประเมินตนเอง เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ

2) ผู้สูงอายุได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้

3) จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

4) นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง

5) หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่

6) ปรับปรุง / พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติต่อเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย

7) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม/กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ ในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ

8) เสร็จสิ้นกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี



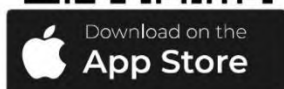
แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan)

บนแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ
(Blue Book Application)

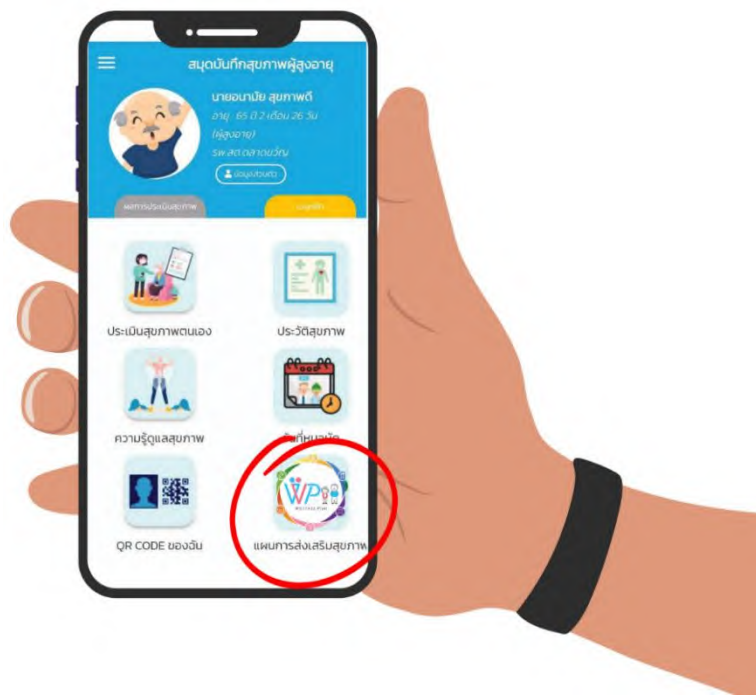


BLUEBOOK
Application

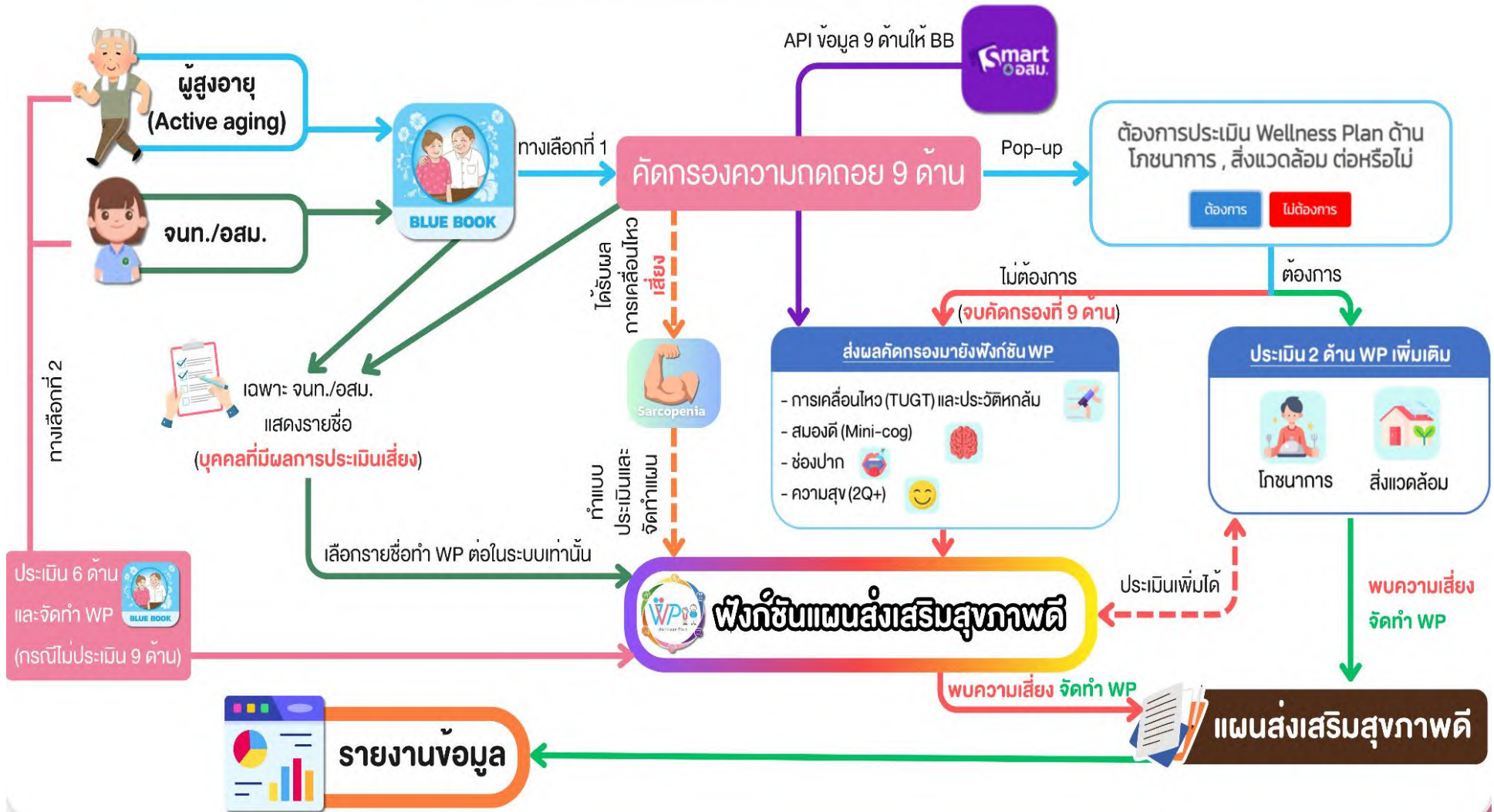
สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ



<https://bluebook.anamai.moph.go.th/>



Work flow การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี



การเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงอายุให้แข็งแรง "ป้องกันหกล้มและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย" (Sarcopenia and Fall Prevention)

ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ (Fall) เมื่ออายุมากขึ้นจะยิ่งเสี่ยงหกล้มมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือสภาพแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้านที่ไม่เหมาะสม เมื่อผู้สูงอายุหกล้มหรือกระตุกหัก 1 ใน 5 ไม่สามารถกลับมาเดินได้อีก ส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องมีคนดูแลตลอดเวลา

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) การลดลงของปริมาณและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในร่างกาย จะมีอาการอ่อนแรง เหนื่อยง่าย การทรงตัวไม่ดี หกล้มง่าย และเกิดภาวะฟุ้งฟิง สาเหตุมาจากอายุที่เพิ่มขึ้นขาดการออกกำลังกาย การขาดโปรตีน แคลเซียม และวิตามินดี



ร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุ
มีปัญหาการเคลื่อนไหว



ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุมีภาวะพร่องโภชนาการ
(การกินโปรตีน)



1 ใน 5 ของผู้ที่กระตุกหัก
ไม่สามารถกลับมาเดินได้



ผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม
มากกว่ากลุ่มอายุอื่น 3 เท่า

ข้อมูลอ้างอิง: การประเมินสมรรถนะความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ผ่าน Blue Book App. กรมอนามัย (2568) และกรมควบคุมโรค (2568)

วัตถุประสงค์

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย
2. ส่งเสริมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงอายุให้แข็งแรง
3. สนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมาย

- Pre-Aging 45 - 59 ปี และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ/การร่วมกลุ่มทางสังคม

การสนับสนุน/อุปกรณ์

การประเมินความรู้และสมรรถนะ

- แบบประเมินความรู้ (Health Literacy)
- แบบประเมินการหกล้ม
- แบบประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และวิธีการวัดแรงบีบมือ
- แบบประเมินการกินโปรตีนที่เหมาะสม

สื่อความรู้/อุปกรณ์สำหรับเสริมสร้างสมรรถนะ

- VDO ทำฝึกรายยืดเหยียด การทรงตัว ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
- เทคนิคการ “กินดี” ส่งเสริมความรู้การกินโปรตีนและแคลเซียม
- รายการอุปกรณ์สำหรับเสริมสร้างสมรรถนะ เช่น ดัมเบล ยางยืด
- ชุดความรู้โมเดลอาหารและเมนูตัวอย่าง

Blue Book Application

- บันทึกการประเมินสมรรถนะความแข็งแรงกล้ามเนื้อ



กระบวนการ (Intervention)

1. การคัดกรอง (Screening)

1.1 ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ (HL)

- การป้องกันหกล้ม และภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย
- ด้านโภชนาการ (การกินโปรตีน แคลเซียม)
- กิจกรรมทางกาย



QR Code
แผ่นพับ

1.2 ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุ 4 สถานี



2. Program

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงวัยให้แข็งแรง
“ป้องกันหกล้มและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย”

3. ส่งเสริม Health Literacy

- ด้านการเคลื่อนไหว ฝึกเพิ่มสมรรถนะ คงสภาพ และสร้างกล้ามเนื้อ
- ด้านโภชนาการ เทคนิค “กินดี” ในผู้สูงอายุ วางแผนตั้งเป้าหมายการกินโปรตีน และความส่งเสริมความรู้ผ่านชุดโมเดลอาหาร

4. Blue Book App.

- ประเมินสมรรถนะความแข็งแรงกล้ามเนื้อ หลังได้รับโปรแกรม อย่างน้อย 6 เดือน



QR Code
Blue Book Application



ประเด็นที่ 3 ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ

ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เนื่องจากสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 ผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ในทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มอยู่อาศัยเพียงลำพังมากขึ้น จึงมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ โรงเรียนผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและลดภาระด้านเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว

ปัจจุบันการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพได้ขยายผลครอบคลุมทั่วประเทศทั้ง 77 จังหวัด รวมทั้งกรุงเทพมหานคร โดยมีพื้นที่ดำเนินการแล้วจำนวน 7,395 แห่ง ในจำนวนนี้มี 6,104 แห่ง ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพด้านสุขภาพ (คะแนนตั้งแต่ 71 คะแนนขึ้นไป) ทั้งนี้การดำเนินงานยังคงได้รับการส่งเสริมและขยายผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประเทศไทยมีระบบการรองรับสังคมสูงวัยที่เข้มแข็ง มั่นคง และยั่งยืนในอนาคต (ที่มา: Aging Data Profile ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2568)

วัตถุประสงค์ชมรมผู้สูงอายุ

1. เพื่อยกระดับชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุให้เป็นชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ
3. เพื่อจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ชุมชนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

เกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ

1. ด้านการบริหารจัดการ
2. ด้านกองทุนชมรมผู้สูงอายุ
3. ด้านกิจกรรม 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ
4. นวัตกรรมและการประยุกต์ใช้นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรม

ผลการประเมินให้คะแนน

คะแนน 91 – 100	ระดับ ดีเด่น
คะแนน 81 – 90	ระดับ ดีมาก
คะแนน 71 – 80	ระดับ ดี
คะแนน 51 – 70	ระดับ พอใช้



แนวทางการประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ

User ผู้ใช้งาน

การประเมิน

กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ

- ประธานชมรมผู้สูงอายุ
- เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข
- สสอ.
- สสจ.
- ศูนย์อนามัย

- เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
- เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น

- ประธานชมรมผู้สูงอายุ
- เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข
- เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น
- สสอ.

- สสจ.
- ศูนย์อนามัย

- ประธานชมรมผู้สูงอายุ
- เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข
- เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น
- สสอ.
- สสจ.
- ศูนย์อนามัย

เข้าใช้งาน



ลงทะเบียนชมรม

(สำหรับชมรมรายใหม่)

ประเมิน

(ประเมินตนเอง)



รับรองผลการประเมินตนเอง

คะแนน 71 คะแนนขึ้นไป



พิมพ์ใบรับรอง
ชมรมผู้สูงอายุ
คุณภาพด้านสุขภาพ

(รับรองผล 3 ปี) นับจากวันที่
กรรมการอนุมัติผลการประเมิน



บันทึกกิจกรรม
ชมรมผู้สูงอายุ

กิจกรรมทั่วไป

กิจกรรมทางกาย

กิจกรรมสุขภาพช่องปาก

เลือกประเภทของกิจกรรม

- 1. ให้ความรู้เรื่องช่องปาก
- 2. ฝึกปฏิบัติทำความสะอาดช่องปาก
- 3. ตรวจสอบช่องปากประจำปี
- 4. ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลส่งเสริมช่องปาก
- 5. นวัตกรรมส่งเสริมช่องปาก
- 6. อื่นๆ

* กรณีมีกิจกรรมที่ ครบ 1 - 4 กิจกรรม

จะได้รับเกียรติบัตรชมรมต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก



71 คะแนนขึ้นไป

รับรองเป็นชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ

แสดงรายงานตามเกณฑ์ ข้อ 3.14 การประเมินกิจกรรมด้านทันตสุขภาพ ในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ

- 1. ให้ความรู้/ฝึกปฏิบัติ โดยบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนร่วม ปีละมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง
- 2. ตรวจสอบช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุข ปีละ 1 ครั้ง
- 3. มีกิจกรรมทันตสุขภาพ/แหล่งเรียนรู้ด้วยตนเอง



รายงานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ

(Blue Book Application)





สิทธิของผู้ใช้งานระบบของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ

สิทธิการใช้งาน

ผู้ใช้งานระบบ

ประธาน
ชมรมผู้สูงอายุ

เจ้าหน้าที่ด้าน
สาธารณสุขและท้องถิ่น

สสอ.

สสจ/
ศูนย์อนามัย

เข้าใช้งาน



(Blue Book Application)

+ ลงทะเบียนชมรม

(สำหรับชมรมรายใหม่)

ประเมิน

(ประเมินตนเอง)



บันทึกกิจกรรม
ชมรมผู้สูงอายุ



รับรองผลการ
ประเมินตนเอง



พิมพ์ใบรับรอง

1. ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
ด้านสุขภาพ
2. ชมรมต้นแบบด้าน
สุขภาพช่องปาก



ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุและการประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ

เพื่อให้สามารถติดตามสถานการณ์และประเมินคุณภาพการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย จึงได้พัฒนาการรายงานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุในรูปแบบ Dashboard ที่แสดงข้อมูลจากการลงทะเบียนและประเมินชมรมผู้สูงอายุในโปรแกรมสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) ซึ่งเป็นระบบหลักในการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการรายงานข้อมูลดังกล่าวเป็นการรายงานข้อมูลทั่วไป การประเมิน และกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีส่วนที่รายงานตามรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 คือ ร้อยละของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 85 ของจำนวนชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด โดยสามารถเข้าดูได้ผ่านระบบ Blue Book Application และผ่าน ระบบ Aging Data Profile ที่มีการอัปเดตข้อมูลทุกเดือน เพื่อให้หน่วยงานในระดับพื้นที่สามารถติดตามความก้าวหน้าและใช้ข้อมูลในการวางแผนพัฒนาชมรมผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง โดยสามารถเข้าตรวจสอบข้อมูลชมรมผู้สูงอายุได้ดังนี้

1. การดูรายงานในระบบ Blue Book Application

The screenshot shows the 'สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ BLUE BOOK APPLICATION' interface. A red circle with the number '1' highlights the 'รายงานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ' (Elderly Group Information Report) link in the top navigation bar.

Dashboard Summary:

- ผู้สูงอายุทั้งหมด:** 10,313,633 คน
- ชาย:** 4,510,956 คน
- หญิง:** 5,733,879 คน
- วัยต้นอายุ 60-69 ปี:** 48.24% (จำนวน 4,975,066 คน)
- วัยกลางอายุ 70-79 ปี:** 33.81% (จำนวน 3,487,064 คน)
- วัยปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป:** 17.95% (จำนวน 1,851,503 คน)

กลุ่มผู้สูงอายุ ตามการประเมินศักยภาพความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL):

- ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง: 4,130 คน (Score: 0.04)
- กลุ่มติดสังคม: 3,994 คน (ร้อยละ 96.71)
- กลุ่มติดบ้าน: 84 คน (ร้อยละ 2.03)
- กลุ่มติดเตียง: 52 คน (ร้อยละ 1.26)

ผลการคัดกรองคุณภาพการผู้สูงอายุ:

0 2569 | คัดกรองแล้ว 5,547/10,313,633 คน | 0.05%

ความถนัดของร่างกาย	ปกติ	เสี่ยง
1. ด้านความคิดความจำ (Mini-Cog)	4,717	827
2. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย	4,898	649
3. ด้านการขาดสารอาหาร	5,355	192
4. ด้านการมองเห็น	4,875	672
5. ด้านการได้ยิน (Finger rub test)	5,190	357
6. ด้านซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Qplus)	5,460	87
7. ด้านการกลืนปัสสาวะ	5,269	278
8. *ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	5,121	426
9. ด้านสุขภาพช่องปาก	4,784	763

*หมายเหตุ: ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน



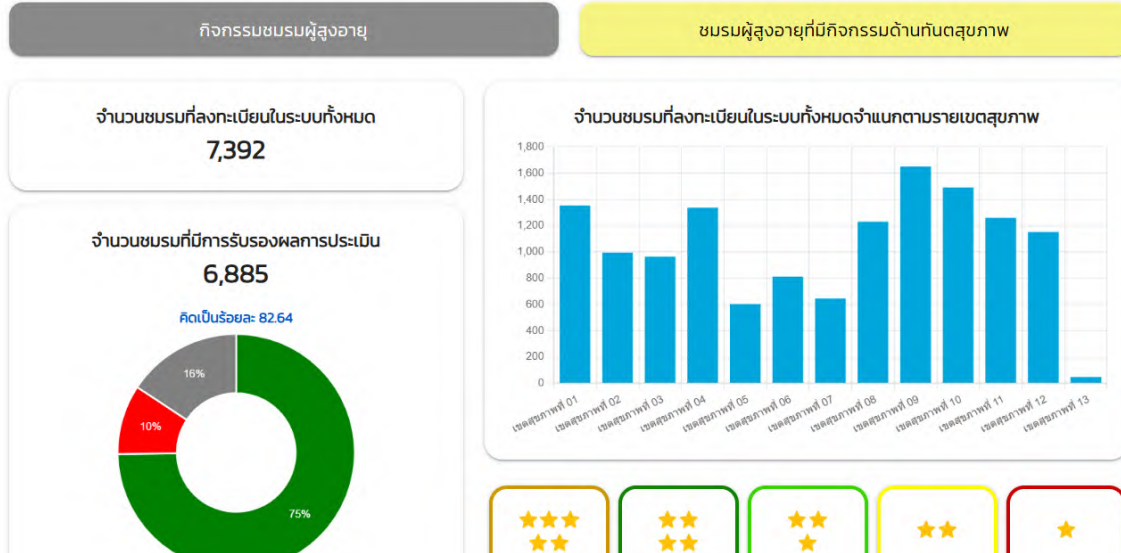
กรองข้อมูลเชิงพื้นที่และปีงบประมาณที่ต้องการ

รายงานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ

ปีงบประมาณ: ทั้งหมด
 เขตสุขภาพที่: ทั้งหมด
 จังหวัด: ทั้งหมด
 อำเภอ: ทั้งหมด
 ตำบล: ทั้งหมด

ค้นหา

2



ข้อมูลร้อยละของชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (71 คะแนนขึ้นไป)

ดาวน์โหลด

	จำนวนชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนในระบบ Bluebook	จำนวนชมรม/โรงเรียนที่มีผลการประเมิน 71 คะแนนขึ้นไป	ร้อยละชมรม/โรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์ (71 คะแนน ขึ้นไป)
เขตสุขภาพที่ 01	743	672	90.44
เขตสุขภาพที่ 02	530	434	81.89
เขตสุขภาพที่ 03	493	490	99.39
เขตสุขภาพที่ 04	729	572	78.46
เขตสุขภาพที่ 05	384	232	60.42
เขตสุขภาพที่ 06	439	395	89.98
เขตสุขภาพที่ 07	328	250	76.22
เขตสุขภาพที่ 08	680	567	83.38
เขตสุขภาพที่ 09	1,003	790	78.76
เขตสุขภาพที่ 10	758	641	84.56
เขตสุขภาพที่ 11	678	568	83.78
เขตสุขภาพที่ 12	606	475	78.38
เขตสุขภาพที่ 13	24	24	100
รวม	7,395	6,110	82.62

3



2. การดูรายงานในระบบ Aging Data Profile

รายงานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ Senior Club



ชมรมผู้สูงอายุ

กดเพื่อดูรายงานข้อมูล

1

Senior Club
ชมรมผู้สูงอายุ

เลือกข้อมูลที่ต้องการ

ปีงบประมาณ: 2568 (1) - เดือน: กันยายน 2568 (1) -
เขตสุขภาพ: - จังหวัด: -

รีเฟรชข้อมูล

จำนวนชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด: 7,395 (100.00%)

จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (71 คะแนนขึ้นไป): 6,104 (82.54%)

ข้อมูลร้อยละของชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (71 คะแนนขึ้นไป)

กรองข้อมูลเชิงพื้นที่และปีงบประมาณที่ต้องการ

จำนวนระดับการประเมินชมรมผู้สูงอายุ

ดีเยี่ยม	1,180
ดีมาก	2,443
ดี	2,481
พอใช้	617
ปรับปรุง	-160

จำนวนชมรมที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

เขต	ชมรมที่ผ่านเกณฑ์ (71 คะแนนขึ้นไป)	ชมรมที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์/อยู่ระหว่างการประเมิน
เขต 1	672	96
เขต 2	424	490
เขต 3	569	160
เขต 4	222	151
เขต 5	295	80
เขต 6	249	113
เขต 7	567	213
เขต 8	790	117
เขต 9	841	111
เขต 10	567	132
เขต 11	474	26
เขต 12		
เขต 13		

ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ / โรงเรียนผู้สูงอายุ

ข้อมูลจำนวนชมรมผู้สูงอายุ / โรงเรียนผู้สูงอายุ จำแนกตามจังหวัด

ประเด็นที่ 4 การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age - Friendly Communities: AFC)

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (Aged Society) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และจากสถิติชี้ให้เห็นว่าภายในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะเข้าสู่ภาวะ "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" (Super Aged Society) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ทำนายอย่างยิ่ง เมื่อคนมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุหลายท่านมักมีโรครวมหลายโรคในเวลาเดียวกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการพึ่งพาตนเอง ด้วยสถานการณ์ดังกล่าว การเตรียมความพร้อมและพัฒนากลไกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยจึงเป็น **วาระแห่งชาติ** ที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันอย่างเร่งด่วน การรองรับสังคมสูงวัยในมิติที่สมบูรณ์แบบนั้น ต้องครอบคลุมทั้งด้าน **ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ** ดังนั้น **"ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ" (Age - Friendly Communities)** จึงเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญในการสร้างความเปลี่ยนแปลง **เพื่อปรับสภาพแวดล้อม** เช่น ปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ชุมชน และโครงสร้างพื้นฐานของเมือง/ชุมชนให้มีความเหมาะสมและเอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ **เพื่อส่งเสริมสุขภาพ** ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี อายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้ง**เพื่อการเข้าถึงบริการ** ทางสังคมและบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม

ปัจจุบันการขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุได้ดำเนินการไปแล้วใน 77 จังหวัด ทั่วประเทศ รวมกรุงเทพมหานคร โดยมีพื้นที่ดำเนินการแล้วทั้งสิ้น 527 แห่ง แบ่งเป็นผ่านครบทั้ง 8 องค์ประกอบ จำนวน 343 แห่ง อยู่ระหว่างการขับเคลื่อนให้ครบ 8 องค์ประกอบจำนวน 184 แห่ง การดำเนินงานนี้ยังคงมีการขยายผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประเทศไทยมีระบบการรองรับสังคมสูงวัยที่สมบูรณ์และมั่นคงในอนาคต

วัตถุประสงค์

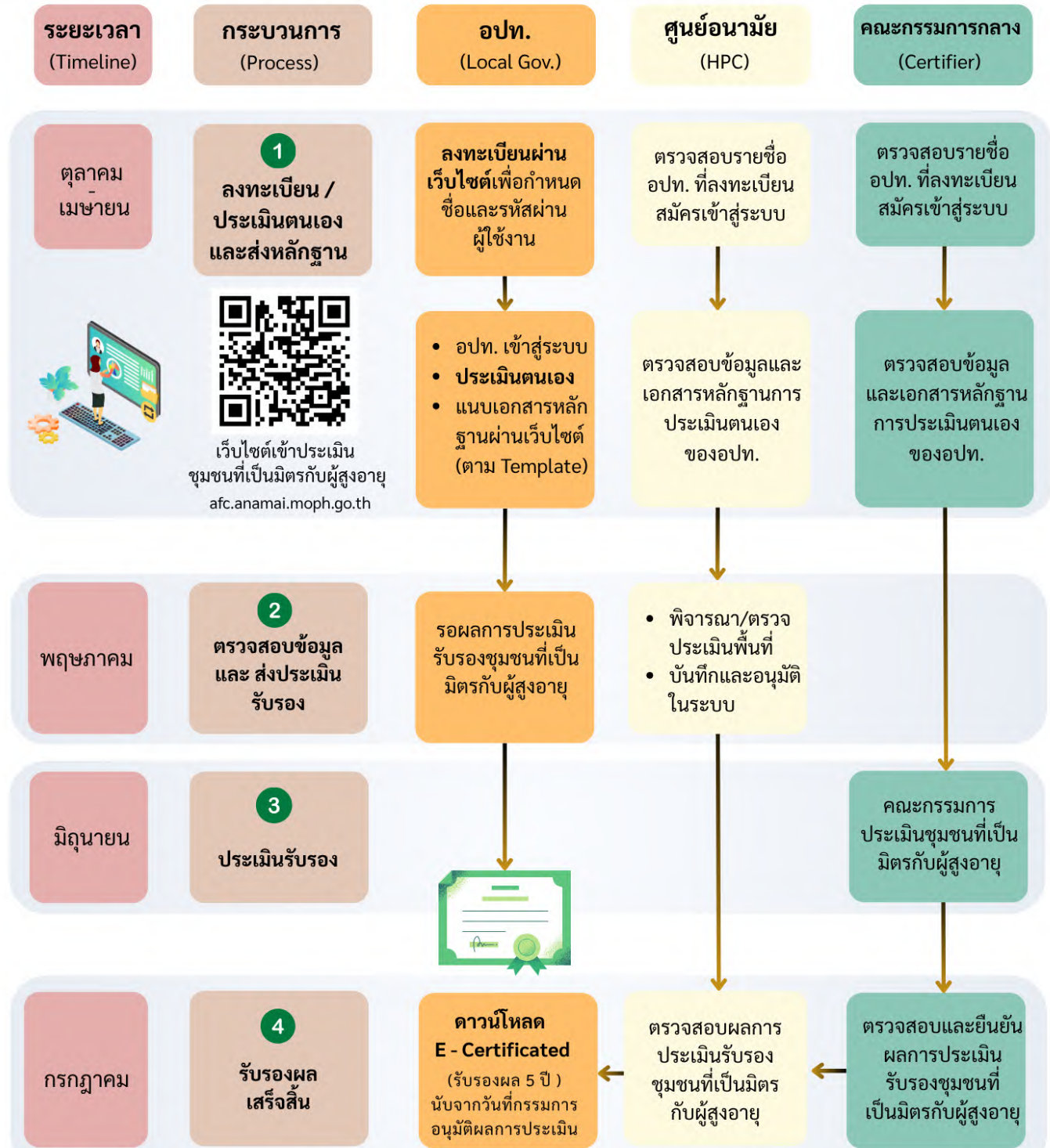
1. เพื่อเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย
2. เพื่อพัฒนาชุมชนที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทของประเทศไทย
3. เพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age - Friendly Communities) ตามบริบทของพื้นที่

องค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) กำหนดองค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุไว้ 8 องค์ประกอบ ดังนี้

1. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building)
2. ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation)
3. ที่อยู่อาศัย (Housing)
4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation)
5. การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion)
6. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment)
7. การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and information)
8. การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services)

กระบวนการประเมินรับรองชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age - Friendly Communities)

ชุมชน /รพ.สต. /ภาคีเครือข่ายร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำการประเมินตนเองเบื้องต้น เพื่อพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข ก่อนรับการประเมินจากคณะกรรมการระดับศูนย์อนามัย/ระดับกระทรวง





กลไกการประเมินรับรอง ประจำปี

ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age - Friendly Communities) 2569

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
ลงทะเบียน/ประเมินตนเองและส่งหลักฐาน
ผ่านเว็บไซต์ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ตุลาคม
-
เมษายน 2569

ศูนย์อนามัยพิจารณา/
ตรวจสอบหลักฐาน
และอนุมัติข้อมูลส่งประเมินรับรอง

พฤษภาคม 2569

คณะกรรมการประเมินรับรอง
ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
(Age - Friendly Communities)

มิถุนายน 2569

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
ตรวจสอบผลการประเมินรับรอง

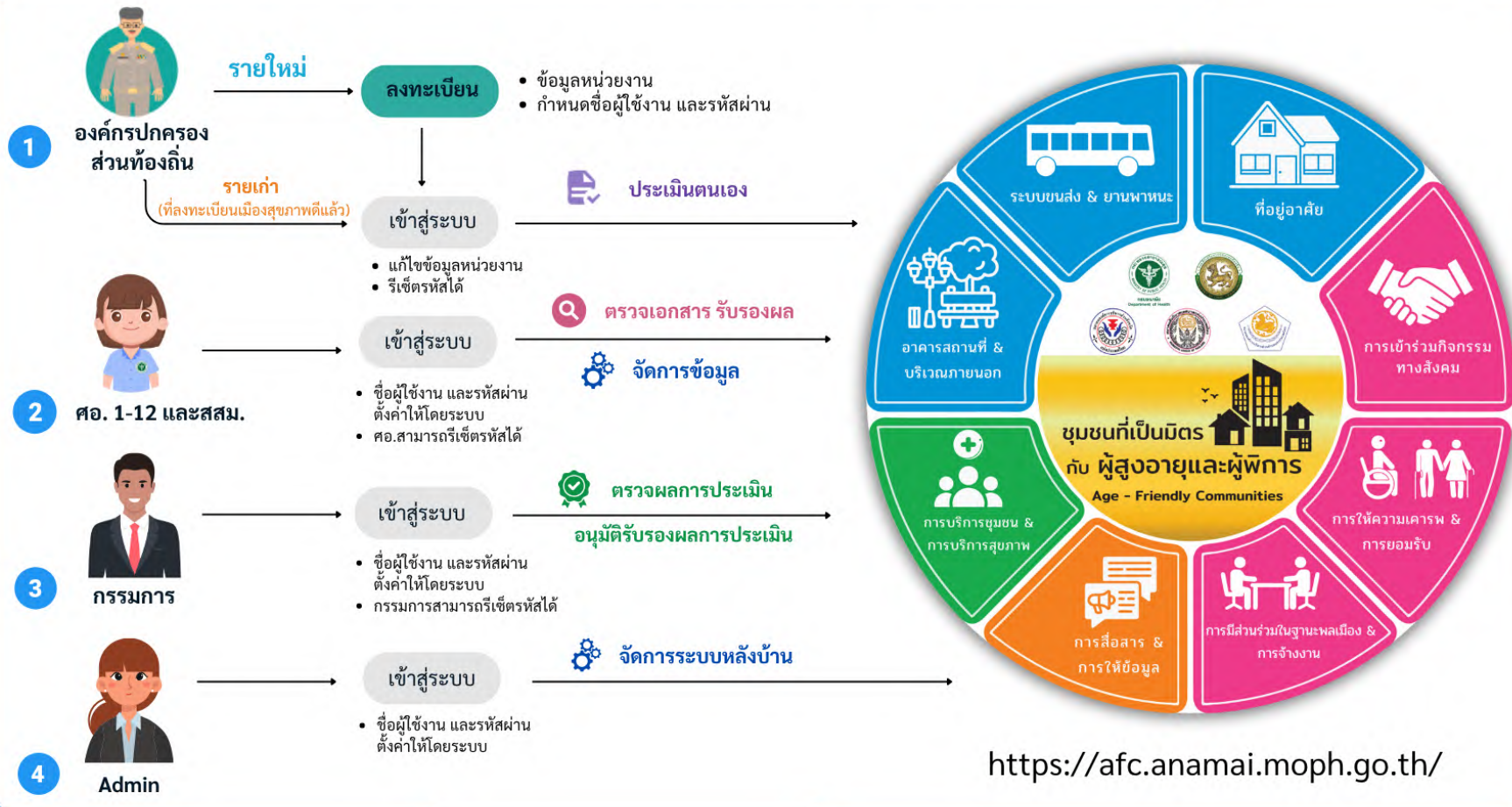
กรกฎาคม 2569

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
ดาวน์โหลด E - Certificated

ติดต่อประสานงาน: กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โทร. 02 590 4504



ขั้นตอนการประเมินรับรองผ่านระบบ AFC DATA System





ความเชื่อมโยง AFC กับ Healthy City

ประเมินรับรองชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age - Friendly Communities)

ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ดังนี้



***หมายเหตุ: ผ่านการรับรององค์ประกอบที่ 1, 4 และ 5 จะผ่านตัวชี้วัดที่ 18 ของเมืองสุขภาพดี

ประเมินรับรองเมืองสุขภาพดี Healthy City

ตัวชี้วัดที่ 18 มีการรวมกลุ่มทางสังคมและมีการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม

ระดับพื้นฐาน

ผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบ
ข้อที่ 1-3 หรือ ผ่านการประเมิน
ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
องค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่
และบริเวณภายนอก (Outdoor
spaces and building)

ระดับดี

ผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบ
ข้อที่ 1-4 หรือผ่านระดับพื้นฐาน
และผ่านการประเมินชุมชน
ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
องค์ประกอบที่ 4 การเข้าร่วม
กิจกรรมทางสังคม (Social
Participation)

ระดับดีมาก

ผ่านเกณฑ์ตามองค์ประกอบ
ข้อที่ 1-5 หรือผ่านระดับดี และ
ผ่านการประเมินชุมชนที่เป็นมิตร
กับผู้สูงอายุ **องค์ประกอบที่ 5**
การให้ความเคารพและการยอมรับ
(Respect and social inclusion)

บูรณาการระบบข้อมูล AFC กับ ระบบข้อมูล Healthy City

ปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถใช้ Username ที่ลงทะเบียนแล้ว ได้ทั้ง 2 ระบบ
อีกทั้ง 2 ระบบ ยังมีการเชื่อมโยงป้อนเพื่อลิงก์หากัน โดยไม่ต้อง Log-in ใหม่อีกครั้ง



ประเด็นที่ 5 การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcome Assessment)

การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการสำคัญในการติดตามและสะท้อนผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลผู้สูงอายุในทุกระดับ โดยมุ่งเน้นให้เห็นถึง “การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง” จากการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ใช้ในการติดตามและประเมินผล ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง

เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนสมรรถภาพในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living : ADL) ซึ่งใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยอ้างอิงรายงาน ADL “ข้อที่ 12 จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน” โดยสามารถเข้าถึงผ่านทาง <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51> ทั้งนี้ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ ยังมีแผนในการประสานงานและประชุมหารือกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบระบบ HDC เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลรายงานให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

การประเมินผลด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งหมด 8 ด้าน โดยดำเนินการลงพื้นที่สำรวจและเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทนประชากรในทุกจังหวัดและทุกเขตสุขภาพ เพื่อสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุไทยในแต่ละภูมิภาค

ปัจจุบัน กรมอนามัยได้จัดทำ รายงานพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2568 เพื่อเผยแพร่ข้อมูลให้แก่หน่วยงานสาธารณสุข นักวิชาการ และผู้สนใจทั่วไป สามารถนำไปใช้วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนหรือจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ กรมอนามัยมีแผนจะดำเนินการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุอีกครั้งในปี พ.ศ. 2570 เพื่อใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ และประเมินผลลัพธ์ของมาตรการส่งเสริมสุขภาพในระยะต่อไป

ท้ายนี้ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย มุ่งมั่นในการพัฒนาประเด็นการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีความชัดเจนและเป็นระบบ ถูกต้อง แม่นยำ ให้สอดคล้องกับศักยภาพและความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ตลอดจนพัฒนาระบบการจัดเก็บ บันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพให้มีมาตรฐาน

นิยามศัพท์และแนวความหมาย

- ผู้สูงอายุ (Older person)** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ คือ
 - “ผู้สูงอายุวัยต้น” (The young old) หมายถึง ผู้มีอายุ 60-69 ปี
 - “ผู้สูงอายุวัยกลาง” (The middle old) หมายถึง ผู้มีอายุ 70-79 ปี
 - “ผู้สูงอายุวัยปลาย” (the oldest old) หมายถึง ผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป
- ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (Social bound)** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถดำเนินชีวิตประจำวัน และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้โดยอิสระไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลมีสุขภาพดี และช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน สังคมได้ ที่มีผลรวมคะแนนประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL: Barthel Index for Activities of Daily Living) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 - 20 คะแนน
- ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Home bound)** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในบางส่วน เพื่อการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สะดวกที่จะออกนอกบ้านเพียงลำพัง เนื่องจากปัญหาสุขภาพมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ในสังคม ที่มีผลรวมคะแนนประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL: Barthel Index for Activities of Daily Living) มากกว่าหรือเท่ากับ 5 - 11 คะแนน
- ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed bound)** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ รวมถึงการที่ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานต่างๆ ได้ เช่น การรับประทานอาหารและการขับถ่าย เป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะห่อหรือเปราะบาง มีอาการเจ็บป่วยจนต้องนอนรักษาตัวอยู่บนเตียงตลอดเวลา ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่ออาการแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา หรือพิการทุพพลภาพ ที่มีผลรวมคะแนนประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL: Barthel Index for Activities of Daily Living) มากกว่าหรือเท่ากับ 0 - 4 คะแนน
- ภาวะเปราะบาง (Frailty)** หมายถึง เป็นภาวะที่พลังงาน ความสามารถทางกายภาพ การรับรู้และสุขภาพลดลงมีอาการ หรืออาการแสดงตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไปจาก 5 อย่าง คือ 1. น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 3 กิโลกรัม หรือ มากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี (Weight loss) 2. มีภาวะหมดแรง (Exhaustion) 3. ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง

7. **การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (Healthy Aging)** หมายถึง กระบวนการของการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงาน (Functional ability) ที่ทำให้เกิดความอยู่ดีมีสุขในการสูงอายุ Functional ability หมายถึง ศักยภาพของคนเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อการเรียนรู้ การเติบโต และการตัดสินใจ เพื่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อการสร้างและคงความสัมพันธ์ และเพื่อการมีส่วนร่วมช่วยสังคม Functional ability มีความสัมพันธ์กับศักยภาพภายใน (Intrinsic capacity) และสิ่งแวดล้อม (Environment)
8. **พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ** หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติแล้ว ส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุบุคคลนั้น ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพช่องปาก การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง การดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว การกินผักและผลไม้ การไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และการนอนหลับอย่างเพียงพอ.
9. **การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและความสามารถในการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง เพื่อพัฒนาสุขภาพะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ที่ดี
10. **แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)** หมายถึง เครื่องมือช่วยสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โดยประเมินความเสี่ยงสุขภาพเพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมและวางแผนดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมองดี มีความสุข และสิ่งแวดล้อมปลอดภัย
11. **ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20 คะแนน) และมีการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ (การเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมองดี ความสุข และสิ่งแวดล้อม) พบว่า มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 องค์ประกอบขึ้นไป
12. **สังคมสูงวัย (Aged society)** หมายถึง สังคมที่มีประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากร 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7)
13. **สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society)** หมายถึง สังคมที่มีประชากร 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากร 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14)



14. สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากร 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20)
15. ชุมชน หมายถึง พื้นที่ที่มีกลุ่มที่พหุอาศัยของประชาชนในลักษณะใดก็ได้ที่อยู่ร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็ นในเมืองหรือชนบท โดยในด้านกายภาพมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตร่วมกัน เช่น ถนน ไฟฟ้า ประปา วัด โรงเรียน เป็นต้น และคนกลุ่มนี้มีลักษณะทางสังคมตลอดจนกิจกรรมทางสังคม และเศรษฐกิจ บางอย่างร่วมกันชัดเจน และขอบเขตของชุมชนจะมีอาณาบริเวณที่ชัดเจน
16. ชุมชนเมือง หมายถึง บริเวณที่มีประชากรตั้งถิ่นฐานอยู่อย่างหนาแน่น เป็นบริเวณที่มีอาคารบ้านเรือน หนาแน่น อยู่ในเขตการปกครองแบบใดแบบหนึ่ง มีความเจริญเป็นศูนย์กลางต่าง ๆ มีการติดต่อค้าขาย การศึกษา มีสิ่งก่อสร้าง ถนนหนทาง ทั้งภายในเมือง นอกเมือง และระหว่างเมือง
17. ชุมชนชนบท หมายถึง พื้นที่ที่อยู่นอกเขตเมือง โดยทั่วไปมีการตั้งถิ่นฐานเบาบาง ความหนาแน่น ของประชกรน้อย มีความเป็นอยู่ในลักษณะของสังคมแบบชนบทการเกษตร ห่างไกลจากศูนย์กลางการ บริหารและการบริการ ส่วนใหญ่การใช้ที่ดินในชนบทจะเป็นการใช้ที่ดินเพื่อการเกษตร
18. ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ หมายถึง ชุมชนที่มีการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ในชุมชนหรือเมือง และโครงสร้างพื้นฐานเดิมให้เหมาะสมและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี สร้างเสริม ให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการทางสังคม และบริการ ทางสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง
19. ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไปทั้งชาย และหญิง โดยในชมรมสามารถมีผู้ที่มีอายุระหว่าง 25 - 59 ปี ได้ไม่เกิน 1 ใน 4 ของสมาชิก ที่มีอายุเกิน 60 ปี ขึ้นไป โดยมีการดำเนินกิจกรรมของชมรม โดยผู้สูงอายุเป็นสมาชิก เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์หรือความมุ่งมั่นของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนั้น ๆ และเพื่อสังคมโดยรวม
20. ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไปในชุมชนหรือ โรงเรียนผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เช่น ประเมินสุขภาพ กิจกรรมทางกายหรือ



กรอบการดำเนินงานคุ้มครองผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้าย



Setting	รูปแบบ	ผู้ให้บริการ	หลักสูตร	โปรแกรม / มาตรฐาน	กิจกรรม ปี 69
<p>บ้าน</p>	<p>LTC & PLC</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง (PLC) ผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia) <p>รูปแบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> LTC PLC 	<ul style="list-style-type: none"> Caregiver Care Manager Care Community Community Rehabilitation Aids ทีมเยี่ยมบ้าน <p>บทบาทศูนย์อนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> ชี้แจงหลักเกณฑ์แนวทางดำเนินงานและประสานงานกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ประสานงานกับพื้นที่เพื่อจัดหากลุ่มเป้าหมายในการอบรมหลักสูตรนักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน บูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรม จัดอบรม CM/CG (รายใหม่) / พื้นฟู CM/CG อนุญาตให้ใช้หลักสูตร และควบคุมกำกับคุณภาพการฝึกอบรมของหน่วยงานที่ได้รับอนุญาต กำกับติดตามการดำเนินงาน และควบคุมมาตรฐานการดูแลระยะยาวในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> 70 ชม. กรม อ. 70 ชม. กรม อ. 70 / 70+50 ชม. กรม อ. 70+30 ชม. กรม อ. 	<ul style="list-style-type: none"> โปรแกรม 3C (Care Plan) กรม อ. โปรแกรม LTC new สปสช. ระบบ E-claim สปสช. 	<ol style="list-style-type: none"> ประชุมชี้แจงคู่มือแนวทางการคัดเลือกและประเมินผลงานดีเด่น การขับเคลื่อนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ปี 2569 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพนักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประชุมปรับปรุงหลักสูตรฟื้นฟูผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)
<p>องค์กรศาสนา</p>	<p>สถานชีวภิบาล (วัดและชุมชน)</p> <ul style="list-style-type: none"> พระ ผู้นำศาสนา ประชาชน <p>รูปแบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> LTC PLC ไป - กลับ พักค้างคืน 	<ul style="list-style-type: none"> พระคิลานุปัฏฐาก Caregiver Care Manager Care Community <p>บทบาทศูนย์อนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> ชี้แจงหลักเกณฑ์แนวทางดำเนินงานและประสานงานกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ออกตรวจประเมินรับรองพร้อมคณะกรรมการและออกเกียรติบัตรสถานชีวภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รับรองผลการประเมินผ่านระบบประเมินรับรองมาตรฐานสถานชีวภิบาล ถอดบทเรียนและติดตามผลการดำเนินงานขับเคลื่อนสถานชีวภิบาลในระดับพื้นที่ 	<p>กรม อ. สปช. รพ.สงฆ์</p> <ul style="list-style-type: none"> 70+15 / +30 / +140 ชม. 70 ชม. กรม อ. 70 ชม. กรม อ. 70 / 70+50 ชม. กรม อ. 	<ul style="list-style-type: none"> มาตรฐานสถานชีวภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา กรมอนามัย ระบบประเมินรับรองมาตรฐานและหน้ารายงาน (Aging Data Profile) 	<ol style="list-style-type: none"> ประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานชีวภิบาลในชุมชน ปีงบประมาณ 2569 พัฒนาระบบประเมินรับรองมาตรฐานสถานชีวภิบาล ถอดบทเรียนการดำเนินงานขับเคลื่อนมาตรฐานการให้บริการและการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
<p>ชุมชน</p>	<p>Elderly Daycare Center</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุ <p>รูปแบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ไป - กลับ <p>บทบาทศูนย์อนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> ประสานขอความร่วมมือหน่วยงานภาคีเครือข่ายเข้าร่วมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ขับเคลื่อนขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ร่วมกับคำปรึกษา เป็นที่เลี้ยง สนับสนุนการดำเนินงาน จัดกิจกรรม งดรงค์การส่งเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตตามบริบทพื้นที่ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและแกนนำสุขภาพ กำกับ ติดตาม การดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบ 	<ul style="list-style-type: none"> Caregiver Care Manager Care Community Community Rehabilitation Aids 	<ul style="list-style-type: none"> 70 ชม. กรม อ. 70 ชม. กรม อ. 70 / 70+50 ชม. กรม อ. 70+30 ชม. กรม อ. 	<p>มาตรฐานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Elderly Day Care) คู่มือการปกครองส่วนท้องถิ่น (ดำเนินการปี 2569)</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนการพัฒนาต้นแบบศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Elderly Day Care) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนามาตรฐานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Elderly Day Care) คู่มือการปกครองส่วนท้องถิ่น ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนามาตรฐานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Elderly Day Care) คู่มือการปกครองส่วนท้องถิ่น
<p>ภาคเอกชน</p>	<p>กิจการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุ ประชาชน ผู้ดำเนินการ <p>รูปแบบบริการ</p> <p>ส่งผู้ดูแลไปดูแลที่บ้าน (Home Health Agency)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ดำเนินการกิจการ ผู้ให้บริการ <p>บทบาทศูนย์อนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> รณรงค์ ชี้แจงสร้างความเข้าใจเรื่องประกาศกระทรวงสาธารณสุข ในระดับพื้นที่ นำองค์ความรู้ คู่มือแนวทางการปฏิบัติฯ ไปใช้ในการขับเคลื่อนการออกข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติ การกำกับ ติดตาม การขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายร่วมกับภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> หลักสูตร 130 ชม. (กรม สปส.) หลักสูตร 420 ชม. (กรม สปส.) 	<p>ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประชุมบูรณาการขับเคลื่อนมาตรฐานการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคองในชุมชนร่วมกับอปท. ชักชวนความเข้าใจคู่มือแนวทางการปฏิบัติตามประกาศฯ กำกับติดตามผลการดำเนินงาน



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 65.85 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 13.89 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.09 โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ปัจจุบันมีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 96.55 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.76 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.69 ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันมีจำนวน 500,573 คน

กรมอนามัย จึงดำเนินโครงการพัฒนาระบบการส่งเสริมดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนขึ้น ตั้งแต่ปี 2559 – ปัจจุบัน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ขับเคลื่อนกิจกรรมสำคัญ คือ

1. พัฒนาและยกระดับคุณภาพมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชน
2. เสริมสร้างองค์ความรู้การดำเนินงานตามมาตรฐานการให้บริการในสถานชีวาภิบาลและแนวทางปฏิบัติตามมาตรการควบคุม กำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ
3. ยกระดับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (CM, CG) เพื่อรองรับสังคมสูงวัยแบบไร้รอยต่อ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่มีมาตรฐานมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1. ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) : การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการ ความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2. เป้าหมายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) : มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน

1) การดูแลแบบองค์รวมและครบวงจร : ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพกายและใจ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย ลดระยะเวลาการพึ่งพาผู้อื่น เชื่อมโยงบริการด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ

2) เสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแล : พัฒนาทักษะและความรู้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

3) พัฒนาระบบสนับสนุนและกลไกการทำงาน : สร้างความร่วมมือทุกภาคส่วน ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อให้การพัฒนาระบบ LTC เป็นไปอย่างยั่งยืน

4) ยกระดับคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ : สร้างสังคมแห่งความกตัญญู สร้างค่านิยมและความตระหนัก ในสังคมว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญที่ควรได้รับการดูแลและไม่ถูกทอดทิ้ง

3. กลุ่มเป้าหมายในการดูแลระยะยาว : ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติอย่างไร

1) บุคคลที่ได้รับการประเมินระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน หรือ



4. กองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC) คือ ระบบบริการที่จัดขึ้นเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือแก่ประชาชนไทยทุกสิทธิ และทุกกลุ่มวัยที่ประสบภาวะพึ่งพิง (เช่น ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง) ทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และการให้คำปรึกษา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่บ้าน ในชุมชน และในสถานบริการต่างๆ เพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดภาระแก่ผู้ดูแล

5. หน่วยจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ในการจัดและให้บริการดูแลระยะยาวแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล เป็นต้น

6. สิทธิประโยชน์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

6.1 การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

- 1) ประเมินและวางแผนการดูแลรายบุคคลก่อนให้บริการโดยผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข หรือบุคลากรสาธารณสุข
- 2) ให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมหมอบรรเทา
- 3) ให้บริการดูแลที่บ้านหรือชุมชน และให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หรืออาสาสมัคร จิตอาสา ตามแผนการดูแลรายบุคคลหรือตามคำแนะนำของผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข
- 4) จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตามสภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือขอรับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๑๐
- 5) ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล โดยผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข หรือบุคลากรสาธารณสุข

6.2 ฝั้วอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย/ แผ่นเสริมซึมซับฯ

- (ก) บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)
- (ข) บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์"

7. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7.1) กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมและจัดให้หน่วยงานและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือ และสนับสนุนช่วยเหลือ อปท. เช่น เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบลให้สามารถดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะมอบหมายให้หน่วยบริการในสังกัดดำเนินการดังนี้

- 1) เตรียมความพร้อมของระบบบริการเพื่อรองรับการดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รวมทั้งประสาน และสนับสนุนด้านวิชาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อปท. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสาสาธารณสุข เพื่อจัดบริการด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่
- 2) จัดทีมหมอบรรเทา ร่วมกับ อปท. ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ประเมินระดับผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประเมินระยะของภาวะสมองเสื่อม และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ต่อไป



3) จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และรับค่าบริการตามอัตราค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2567

4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับ อปท. เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

7.2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) สนับสนุนงบประมาณแต่ละปี ให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาและสนับสนุนด้านอื่นๆ ให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถดำเนินการร่วมกับ อปท. เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ อันเกิดจากการดำเนินงานและบริหารจัดการให้ลุล่วงไปได้ด้วยความรวดเร็วไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกัน

7.3) หน่วยบริการ สถานบริการ และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

1) จัดบริการเชิงรุก/บริหารการจัดบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุการวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุทั้งบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม

2) จัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ร่วมกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

3) จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับตำบล กระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายในระดับตำบลใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นฐานในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้งในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม

4) ประสานงานกับผู้จัดการระบบฯ ควบคุมกำกับการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ดำเนินงานตามภารกิจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

5) ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่ อปท./ภาคประชาชน ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6) ร่วมกับผู้จัดการระบบฯ เป็นที่ปรึกษาให้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการทำงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ ทั้งการนิเทศติดตาม การให้คำปรึกษาทั้งทางด้านการดูแลและการทำงาน เช่น ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ด้านความเครียด

7) เสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ

8) แสวงหา ประสานความร่วมมือจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อปท. รวมถึงสมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อร่วมจัดบริการ รวมทั้งร่วมสนับสนุนงบประมาณ

9) ร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

7.4) อปท.

1) ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวฯ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2567 อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่บูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคมที่มีการดำเนินการอยู่ในพื้นที่แล้ว



2) ร่วมกับทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล และแบ่งอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) ประสานงานกับคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ในการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการ LTC (กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) เพื่อพิจารณาจัดทำ กำหนดอัตราค่าชดเชยค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการระบบดูแลระยะยาวฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2567

4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ

1. **ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) :** เป็นผู้บริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยจัดทำ Care Plan ประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ LTC ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจัดให้มี Caregiver รวมทั้งประสานกับทีมสหวิชาชีพ อปท. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม Care Plan

สัดส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ : Care Manager 1 คน ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 35 – 40 คน

บทบาทหน้าที่

- 1) ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล และประเมินคัดกรองด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 2) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรุกและเชิงรับ
- 3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan, Weekly Plan
- 4) จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหาหารือ (Care Conference)
- 5) เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการ อปท.และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตาม Care Plan
- 6) พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม
- 7) บริหารจัดการ และกำกับติดตามการดำเนินงานของ Caregiver ให้เป็นไปตาม Care Plan
- 8) การประเมินและทบทวน Care Plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงพัฒนา



ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) คือ บุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) 70 ชั่วโมง กรมอนามัย มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม ด้วยระบบการบริหารจัดการดูแล (Care management) สามารถปฏิบัติงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่ได้รับมอบหมายจากผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้เป็นอย่างดี

สัดส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ

นักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน 1 คน ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 5 – 10 คน

บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. ดูแลกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุ เช่น กิน นอน เคลื่อนย้าย ขับถ่าย ตาม Care Plan ภายใต้การกำกับของ Care Manager
2. ส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
3. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ให้ถูกสุขาภิบาล ป้องกันการแพร่โรค
4. ประสานงานและส่งต่อกรณีจำเป็น กับญาติและ Care Manager โดยทำตามระบบการส่งต่อที่ถูกต้อง
5. รายงานผลการดูแล ตาม Care Plan ให้ Care Manager และหน่วยงานต้นสังกัด ตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมอนามัย

3. อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น : บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของ อปท. และไม่อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน ปฏิบัติงานเต็มเวลาวันละ 8 ชั่วโมง 20 วัน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 1 คน ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 4 คน

บทบาทหน้าที่

- 1) ช่วยดูแลสุขภาพ ดูแลด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัดอื่นๆ ตามประเภทและกิจกรรมบริการที่ สธ. กำหนด
- 2) ช่วยเหลือดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว
- 3) การบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ภายใต้การกำกับของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น การพยาบาลพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การประเมินสุขภาพเบื้องต้น และการดูแลเรื่องยา
- 4) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัวและประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ
- 5) การประเมินปัญหาในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเบื้องต้นและประสานการส่งต่อ
- 6) การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)



นักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน (Community Rehabilitation Aids)

นักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน (Community Rehabilitation Aids) หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มที่ต้องรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะ ให้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเพิ่มขึ้นหรือคงระดับความสามารถได้

สัดส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ

นักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน 1 คน ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 5 – 10 คน

บทบาทของนักฟื้นฟูสุขภาพชุมชนในระบบ Long Term Care

1. ประเมินระดับความสามารถทางกายของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง เช่น กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน กิจกรรมประจำวันแบบมีอุปกรณ์ การประเมินด้านการเคลื่อนไหว การประเมินศักยภาพการฟื้นฟู ตลอดจนสามารถใช้เครื่องมือการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้
2. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงและให้การฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ ประกอบด้วย การช่วยเหลือทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ตลอดจนประยุกต์ใช้ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้เหมาะสมกับภาวะของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง
3. ถ่ายทอดความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว (Family Caregiver) ให้สามารถปฏิบัติและติดตามผลการดูแลได้
4. สร้างและประยุกต์ใช้นวัตกรรมที่มีอยู่ในท้องถิ่น เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
5. ติดต่อสื่อสาร ประสานงานกับญาติและทีมสหวิชาชีพในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และให้การส่งต่อผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงกรณีพบว่ามีเหตุฉุกเฉิน การเจ็บป่วย การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นตามระบบส่งต่อและวิธีการที่ถูกต้องตามการให้บริการ
6. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อ Care Manager และหน่วยงานที่นักฟื้นฟูสุขภาพชุมชนสังกัดและจัดทำรายงานผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เสนอต่อผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ให้เป็นไปตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมอนามัย

หลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย มีหลักสูตรสำหรับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 2 หลักสูตร ดังนี้ 1) หลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 70 ชั่วโมง 2) หลักสูตรฟื้นฟูผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 18 ชั่วโมง จัดอบรมโดยกรมอนามัย และศูนย์อนามัย



หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย มีหลักสูตรสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จำนวน 3 หลักสูตร ดังนี้ 1) หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จำนวน 70 ชั่วโมง 2) หลักสูตรนักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน จำนวน 30 ชั่วโมง 3) หลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง หน่วยงานภาครัฐ สถานศึกษา องค์กรต่าง ๆ ที่ต้องการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ก่อนดำเนินการจัดอบรม ทุกครั้ง ให้หน่วยจัดอบรมจัดทำหนังสือ แจ้งการอบรม ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พร้อมเอกสารแนบการแจ้งหลักสูตรที่ต้องการจัดอบรม โดยมีเอกสารแนบการแจ้งหลักสูตร 3 หลักสูตร ดังนี้

- 1) เอกสารและแบบฟอร์มการแจ้งการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จำนวน 70 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (CG2)
- 2) เอกสารและแบบฟอร์มการแจ้งการฝึกอบรมหลักสูตรนักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน จำนวน 30 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (CRA4)
- 3) เอกสารและแบบฟอร์มการแจ้งการฝึกอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (CG6)

2. หน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.1 หน่วยงานที่ต้องการจัดอบรมให้ ขออนุญาตใช้หลักสูตร ไปยังศูนย์อนามัยที่รับผิดชอบพื้นที่นั้น ๆ พร้อมเอกสารแนบการขออนุญาตหลักสูตรที่ต้องการจัดอบรม โดยมีเอกสารขออนุญาตใช้หลักสูตร 3 หลักสูตร ดังนี้

- 1) เอกสารและแบบฟอร์มการขออนุญาตใช้หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จำนวน 70 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (CG1)
- 2) เอกสารและแบบฟอร์มการขออนุญาตใช้หลักสูตรนักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน จำนวน 30 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (CRA3)
- 3) เอกสารและแบบฟอร์มการขออนุญาตใช้หลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (CG5)

2.2 เมื่อหน่วยงานได้รับการอนุญาตใช้หลักสูตรตามข้อ (2.1) เรียบร้อยแล้ว ก่อนดำเนินการจัดอบรม ทุกครั้ง ให้หน่วยจัดอบรมจัดทำหนังสือ แจ้งการอบรม ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พร้อมเอกสารแนบการแจ้งหลักสูตรที่ต้องการจัดอบรม โดยมีเอกสารแนบการแจ้งหลักสูตร 3 หลักสูตร ดังนี้

- 1) เอกสารและแบบฟอร์มการแจ้งการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จำนวน 70 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (CG2)
- 2) เอกสารและแบบฟอร์มการแจ้งการฝึกอบรมหลักสูตรนักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน จำนวน 30 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (CRA4)
- 3) เอกสารและแบบฟอร์มการแจ้งการฝึกอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (CG6)



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแล การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ.2564

การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ที่ต้องมีการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการ เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นการยกระดับมาตรฐานการประกอบกิจการให้ถูกสุขลักษณะอนามัยและเกิดความปลอดภัยกับผู้สูงอายุ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขอาศัยอำนาจตามความใน ข้อ 4 แห่งกฎกระทรวงควบคุมสถานประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. 2560 จึงออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564 โดยมีรายละเอียดในการปฏิบัติตามประกาศฯ ดังนี้

นิยามศัพท์

การประกอบกิจการ หมายถึง การประกอบกิจการที่ให้บริการส่งผู้ให้บริการไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ผู้ดำเนินการกิจการ หมายถึง เจ้าของ ผู้จัดการ หรือผู้รับผิดชอบในการดำเนินการของการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ผู้ให้บริการ หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่รับบริการที่บ้าน

ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ว่าจ้าง หรือผู้สูงอายุที่รับบริการจากการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

เอกสารแนบท้ายกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564 หมายถึง แบบทะเบียนบัญชีรายชื่อ (ผส.1) แบบทะเบียนประวัติ (ผส.2) แบบสรุปผล (ผส.3) แบบรายงานผลการให้บริการ (ผส.4)

หลักสูตรที่กรมอนามัยรับรอง หมายถึง การรับรองหลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 130 ชั่วโมง ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้เป็น “ผู้ดำเนินการกิจการ” ตามประกาศกระทรวงฯ ฉบับนี้ และรับรองหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้เป็น “ผู้ให้บริการ” ตามประกาศกระทรวงฯ ฉบับนี้



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแล
การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ.2564

บทบาทอำนาจหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่น

อำนาจหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่นในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564

- 1) ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นดาวน์โหลดตัวอย่างการยก (ร่าง) ข้อบัญญัติท้องถิ่นได้ที่เว็บไซต์สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
- 2) ออกใบอนุญาตให้ผู้ที่จะดำเนินการ รวมทั้งมีอำนาจกำหนดเงื่อนไขทำใบอนุญาต
- 3) เจ้าพนักงานท้องถิ่น เจ้าพนักงานสาธารณสุข และผู้ซึ่งได้รับแต่งตั้งจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 44 ตรวจสอบแนะนำให้ประชาชน และผู้ประกอบการ ผู้ได้รับใบอนุญาตปฏิบัติให้ถูกต้องตามข้อบัญญัติท้องถิ่น

บทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินการ

- 1) ผู้ใดจะดำเนินการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นกิจการตามประเภทที่มีข้อบัญญัติท้องถิ่นกำหนดให้ เป็นกิจการที่ต้องมีการควบคุม โดยดำเนินการในลักษณะที่เป็นการค้า ต้องขอรับใบอนุญาตต่อราชการส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่เป็นที่ตั้งของสถานประกอบกิจการ และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไขการขอรับใบอนุญาตตามข้อบัญญัติท้องถิ่นนั้น ๆ
- 2) ดำเนินกิจการให้ถูกสุขลักษณะตามข้อบัญญัติท้องถิ่น กฎกระทรวงควบคุมสถานประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. 2560 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564

บทกำหนดโทษตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

- 1) ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามข้อบัญญัติท้องถิ่นที่ออกตามความในมาตรา 32 (2) มีโทษตามมาตรา 73 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 50,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
- 2) ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎกระทรวงควบคุมสถานประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. 2560 และประกาศกระทรวงฯ มีโทษตามมาตรา 68 ปรับไม่เกิน 50,000 บาท
- 3) ผู้ใดฝ่าฝืนประกอบกิจการโดยไม่ได้รับใบอนุญาตตามมาตรา 33 วรรคหนึ่ง มีโทษตามมาตรา 71 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกิน 50,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแล
การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ.2564

บทบาทส่วนกลาง

- 1) สื่อสารชี้แจง สร้างความเข้าใจ (Advocate) รณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้แก่ผู้ประกอบการภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร (Build Capacity) เจ้าพนักงาน เจ้าหน้าที่ และภาคีเครือข่าย ที่รับผิดชอบงานด้านการขับเคลื่อนประกาศกระทรวงสาธารณสุข
- 3) การบูรณาการหน่วยงาน (Partnership) ภาครัฐ ภาคเอกชน สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมสถานประกอบการ คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค วุฒิสภา เพื่อขับเคลื่อนการออกเทศบัญญัติ
- 4) สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ (Investment) เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับประกาศกระทรวงฯ ได้แก่ Infographic/ Clip Video/ เล่มคู่มือประกาศกระทรวงสาธารณสุข/ พัฒนาคู่มือแนวทางปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
- 5) กำกับ ติดตาม (Regulation and legislation) ติดตามความก้าวหน้าการออกข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาเรื่องร้องเรียนตลอดจนปัญหาอุปสรรค


บทบาทศูนย์อนามัย

- 1) รณรงค์ ชี้แจงสร้างความเข้าใจ (Advocate) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้แก่ ผู้ประกอบการภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นที่
- 2) นำองค์ความรู้ สื่อสนับสนุน เครื่องมือ (Intervention) ได้แก่ Infographic/ Clip Video/ เล่มคู่มือประกาศกระทรวงสาธารณสุข/ พัฒนาคู่มือแนวทางปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ไปใช้ในการขับเคลื่อนการออกข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่
- 3) สืบค้น วิเคราะห์ข้อมูล (Assessment) เกี่ยวกับสถานการณ์การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ข้อมูลการออกข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นที่
- 4) ถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานขับเคลื่อนประกาศกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในระดับพื้นที่
- 5) การบริหารจัดการ และการกำกับ ติดตาม (Management) การขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายร่วมกับภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นที่

ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม : คู่มือแนวทางปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแล
การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564 เว็บไซต์สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง




การประกอบกิจการ
ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

**ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแล
การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564**


ประกาศฯ ฉบับนี้ มีเจตนารมณ์ในการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุรวมทั้งเป็นการยกระดับมาตรฐานการประกอบกิจการให้ถูกสุขลักษณะอนามัยและเกิดความปลอดภัยกับผู้สูงอายุ โดยจะมีผลใช้บังคับกับสถานประกอบการประเภทที่ราชการส่วนท้องถิ่นได้ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นควบคุมไว้แล้ว (ตามมาตรา 32 แห่ง พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม)

เว็บไซต์กิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน




ผู้ดำเนินการ

- ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กรมอนามัยรับรอง (หลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้มีภาวะพึ่งพิง 130 ชั่วโมง ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)
- ตรวจสอบข้อกฎหมาย
- ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ
- ดำเนินการให้การดูแลสุขภาพและเป็นไปตามกฎหมาย




ผู้ให้บริการ

- มีคุณสมบัติและผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กรมอนามัยรับรอง (หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)
- ให้บริการดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางปฏิบัติและเป็นไปตามกฎหมาย




ราชการส่วนท้องถิ่น

- ออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เพื่อควบคุมกิจการโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 32 ประกอบกับมาตรา 54 มาตรา 55 มาตรา 58 มาตรา 63 และมาตรา 65 แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- ออกใบอนุญาตให้ผู้ที่จะดำเนินการ รวมทั้งมีอำนาจกำหนดเงื่อนไขท้ายใบอนุญาต




เจ้าพนักงานท้องถิ่น เจ้าพนักงานสาธารณสุข

- บังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- ตรวจตราแนะนำประชาชน ผู้ประกอบการ และผู้ได้รับใบอนุญาต ให้ปฏิบัติตามถูกต้องตามข้อบัญญัติท้องถิ่น



สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

การขับเคลื่อนนโยบายสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกมิติด้านสุขภาพ การป้องกันโรค รวมถึงการดูแลรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การจัดตั้งสถานชีวาภิบาล เป็นหนึ่งในนโยบายมุ่งเน้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบ Long Term Care ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ชุมชน โดยไม่ถูกทอดทิ้งไว้เพียงลำพัง ลูกหลานสามารถทำมาหาเลี้ยงชีพได้ตามปกติ อันเป็นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยนับจนวาระสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์

- 1) ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เพิ่มคุณภาพชีวิต
- 2) ลดภาระค่าเดินทาง ลดการรอคอย ครอบคลุมไว้ถึงวล ลูกหลานวัยทำงานไม่เสียรายได้

คำจำกัดความ

การบูรณาการระบบ Palliative care ระบบ Elderly care และระบบ Long-term care โดยงานตติยภูมิ ทุตติยภูมิและงานปฐมภูมิลงสู่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านทางชุมชนและการบริการดูแลที่บ้าน (home care และ home ward)

สถานชีวาภิบาล 2 ระดับ

- ระบบชีวาภิบาลในโรงพยาบาล (ศูนย์ชีวาภิบาลใน รพศ. รพท. และรพช. ทั้ง 77 จังหวัด)
- สถานชีวาภิบาลในชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะท้ายทุกกลุ่มวัยที่ ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 หรือ PPS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50

นิยามศัพท์

สถานชีวาภิบาล หมายถึง สถานที่ให้บริการสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย ดูแลร่างกาย ตามหลักการทางการแพทย์และการสาธารณสุข เป็นการดูแลร่างกายขั้นพื้นฐาน ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวทางศาสนา โดยมีผู้นำทางศาสนาและจิตอาสาเป็นผู้ให้บริการและร่วมจัดบริการกับหน่วยบริการภาครัฐ

องค์กรพระพุทธศาสนา หมายถึง สถานที่ให้การฝึกอบรมสมณะวิปัสสนากัมมัฏฐานที่ตั้งอยู่ในวัด สำนักปฏิบัติธรรม กุฏิชีวาภิบาล หรือองค์กรทางศาสนาอื่น รูปแบบอื่น ซึ่งได้รับการรับรองและขึ้นทะเบียนจากสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ โดยความเห็นชอบของมหาเถรสมาคม เป็นสถานที่ที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับด้านอาคารสถานที่ที่สะอาด สงบร่มรื่น มีความพร้อมด้านพระวิปัสสนาจารย์หรือวิทยากรผู้ฝึกอบรม และมีการบริหารจัดการที่ดีเป็นที่ประจักษ์ของสาธารณชน

การดูแลระยะยาว (Long Term Care) หมายถึง การดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่น ในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ความจำเสื่อม อุบัติเหตุ รวมถึงผู้สูงอายุ คนพิการ ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

การขับเคลื่อนนโยบายสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทา ความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่ง เสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย โดยเป็นการดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยอาจอยู่ได้นานหลายเดือนหรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต เป็นการดูแลระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) ซึ่งเป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพ ทั่วไป ซึ่งไม่ใช่การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตเท่านั้น

การดูแลระยะท้าย (End of life Care) หมายถึง การดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลระยะยาว โดยผู้ป่วย ที่เข้าเกณฑ์ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย จะได้รับการดูแลที่สถานชีวาภิบาล ที่วัดหรือสถานปฏิบัติธรรม โดย ลักษณะการดูแลเป็นแบบไป - กลับ หรือพักค้างแบบกำหนดระยะเวลา หรือพักค้างระยะยาวที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม การบริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ภายใต้ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ/ท้องถิ่น และภาคเอกชน

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) หมายถึง กระบวนการพิจารณาแผนการดูแลสุขภาพจาก เครือข่ายภาคประชาชน องค์กรเอกชน ร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือ เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ

สถานชีวาภิบาลในชุมชน หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (long-term care and palliative care facility) ที่อยู่ในชุมชน มีมาตรฐานด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านบริการตามมาตรฐาน ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแล ทั้งนี้อาจแบ่งรูปแบบการให้บริการ เป็น 2 ประเภท ได้แก่

- 1) บริการระหว่างวัน โดยไม่พักค้างคืน (day care)
- 2) บริการโดยให้พักค้างคืน

อาจเป็นสถานประกอบการของรัฐ ท้องถิ่น เอกชน องค์กรศาสนาหรือองค์กรอื่น ๆ โดยสถานชีวาภิบาล ควรได้รับการรับรอง จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลมีศักยภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย และ/ หรือ มีระบบบริหารจัดการผู้ดูแล (caregiver) สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลที่บ้านได้ (home care) ทั้งนี้เพื่อแบ่งเบาภาระ ครอบครัว โดยมีกลไกการกำกับดูแล โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ กรมอนามัย หรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข หรือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับ ดูแล ทั้งนี้ สถานชีวาภิบาลที่ให้การดูแลในระดับชุมชน ต้องเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงบริการชีวาภิบาลกับหน่วยบริการของรัฐ และผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด อาจแบ่งเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้




คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

การขับเคลื่อนนโยบายสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา

- 1) สถานชีวาภิบาล สำหรับองค์กรพระพุทธศาสนา (กุฏิชีวาภิบาล กุฏิชีวาบาล กุฏิสงฆ์อาพาธ-สถานชีวาภิบาล ฯลฯ)
- 2) สถานชีวาภิบาล ที่ดำเนินการโดยองค์กรศาสนาอื่นๆ ท้องถิ่น ภาคประชาสังคม องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร
- 3) สถานชีวาภิบาล ในสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 4) สถานชีวาภิบาลเอกชน ได้แก่ สถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ (nursing home เป็นต้น)

รูปแบบบริการ








ระบบการดูแลรูปแบบชีวาภิบาล

หมายถึง ระบบดูแลที่บูรณาการการดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) การดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ผ่านทางงานตติยภูมิ กุฏิยภูมิ และงานปฐมภูมิลงสู่กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งจัดระบบบริการดูแลที่บ้าน (Home care และ Home ward) และชุมชน โดยเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการในพื้นที่

ศูนย์ชีวาภิบาล ศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาล โดยบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุการดูแลระยะยาว/ดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย และระบบบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่การประเมิน วางแผน ดูแลประสานงาน กำกับติดตาม ตั้งแต่โรงพยาบาล จนถึงบ้าน/ชุมชน

หน่วยงาน → ระดับ : สพส./สมท. ระดับ : สมท.

Setting	รูปแบบ	รูปแบบบริการ	ผู้ให้บริการ	หลักสูตร	แหล่งงบประมาณ	โปรแกรม/มาตรฐาน
บ้าน	บ้านชีวาภิบาล Home Care	LTC PLC Palliative care	Care Manager Care Community Caregiver ทีมเยี่ยมบ้าน	70 ชม. นสม อ. 70 ชม. / (70+50 ชม.) นสม อ. 70 ชม. นสม อ. -	 <ul style="list-style-type: none"> LTC Fund E-claim 	<ul style="list-style-type: none"> โปรแกรม 3C (Care plan) นสม อ. โปรแกรม LTC new สปสช. สมท E-claim สปสช. Advance Care Plan
	Hospital Care at Home หรือ Home ward	IPD กลุ่มอาการเฉพาะทาง	ทีมปฐมภูมิ	-	 <ul style="list-style-type: none"> DRG 	<ul style="list-style-type: none"> โปรแกรม AMED มาตรฐาน นสม พ.
องค์กรศาสนา	กุฏิชีวาภิบาล • พระ	ภิกษุอาพาธ/พึ่งพิง LTC / PLC	พระทั่วไป พระคิลานุปัฏฐาก	70 / 30 / 140 ชม.	-	<ul style="list-style-type: none"> แนวทางกุฏิชีวาภิบาล ส.พ. สนง. กรมการแพทย์
	สถานชีวาภิบาล • พระ • ผู้นำศาสนา • ประชาชน	LTC PLC ไป-กลับ พักค้างคืน	พระคิลานุปัฏฐาก Caregiver Care Manager Care Community	นสม อ. สบข. สม.สนง 70 + 15 / +30 / +140 ชม. 70 ชม. นสม อ. 70 ชม. นสม อ. 70/70+50 ชม. นสม อ.	 <ul style="list-style-type: none"> สปสช. มาตรา 3 	<ul style="list-style-type: none"> มาตรฐานสถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนา กรมอนามัย
ชุมชน	สถานชีวาภิบาล • ประชาชน	LTC PLC ไป-กลับ พักค้างคืน	Care Manager Caregiver Care Community	70 ชม. นสม อ. 70 ชม. นสม อ. 70/70+50 ชม. นสม อ.	 <ul style="list-style-type: none"> สปสช. มาตรา 3 	<ul style="list-style-type: none"> มาตรฐานสถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนา กรมอนามัย
เอกชน	เนอร์สซิ่งโฮม ชีวาภิบาล • ประชาชน	LTC PLC ไป-กลับ พักค้างคืน	พยาบาลวิชาชีพ Caregiver	420 ชม. นสม สบส.	 <ul style="list-style-type: none"> เอกชน 	<ul style="list-style-type: none"> มาตรฐานเนอร์สซิ่งโฮม ชีวาภิบาล นสม สบส.

คำอธิบาย

- LTC: Long Term Care
- PLC: Palliative Care
- นสม อ.: กรมอนามัย
- สบส.: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- IPD: In-Patient Department
- สบข.: สถาบันพระบรมราชชนก
- นสม พ.: กรมการแพทย์
- สปสช.: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- สปสช.: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

การขับเคลื่อนนโยบายสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา

มาตรฐานสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา

มาตรฐานและแนวทางการพัฒนาสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา ใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายและยกระดับการบริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยประคับประคอง ในสถานชีวาภิบาล กรมอนามัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาแบบประเมินมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา ประกอบไปด้วยมาตรฐาน 3 องค์ประกอบ ได้แก่

มาตรฐานด้านที่ 1 มาตรฐานการบริหารจัดการองค์กร

มาตรฐานด้านที่ 2 มาตรฐานผู้ให้บริการ

มาตรฐานด้านที่ 3 มาตรฐานการบริการการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนการประเมิน

1. สถานชีวาภิบาลดำเนินการประเมินตนเองตามแบบประเมิน
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ศูนย์อนามัย ตรวจสอบข้อมูลผลการประเมินตนเองและประเมินรับรองมาตรฐานในระบบ
3. เขตสุขภาพจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินรับรองระดับเขตสุขภาพ โดยรายชื่อคณะกรรมการมีองค์ประกอบดังนี้ ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนจากศูนย์อนามัย ผู้แทนจาก service plan ชีวาภิบาลระดับเขตสุขภาพ ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต
4. การออกตรวจประเมินรับรองมาตรฐาน จะต้องเป็นผู้แทนจากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินรับรองระดับเขตสุขภาพ ลงตรวจประเมินรับรอง อย่างน้อย 3 ท่าน
5. สถานชีวาภิบาลที่เข้ารับการตรวจประเมินจะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานในข้อที่ระบุ (B) ครบทุกข้อจำนวน 13 ข้อ จึงจะสามารถได้รับการรับรองมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลจากกรมอนามัย

**หมายเหตุ (A) หมายถึง Advance กล่าวคือ ข้อบ่งชี้เป็นระดับดี

(B) หมายถึง Basic กล่าวคือ ข้อบ่งชี้เป็นระดับพื้นฐาน

ตัวอย่างเกียรติบัตร



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

การขับเคลื่อนนโยบายสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา

บทบาทศูนย์อนามัย

“ยกระดับสถานชีวาภิบาลให้มีมาตรฐาน/คุณภาพบริการ”

- 1) บูรณาการเกณฑ์มาตรฐานสถานชีวาภิบาลและกฏชีวาภิบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
- 2) พัฒนารูปแบบบริการสถานชีวาภิบาลและกฏชีวาภิบาลให้เป็นรูปธรรม
- 3) สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้สถานชีวาภิบาลและกฏชีวาภิบาล ชื่นทะเบียนเป็นหน่วยบริการส่งต่อตามมาตรา 3 สปสช.
- 4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบรายงานข้อมูลสถานชีวาภิบาล
- 5) กำกับติดตามการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา

บทบาทศูนย์อนามัย

- 1) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินรับรองระดับเขตสุขภาพ
- 2) ศูนย์อนามัยเป็นหลักในการดำเนินงานและประสานงานกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่
- 3) ศูนย์อนามัยร่วมเป็นคณะกรรมการตรวจประเมินรับรองมาตรฐานสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา
- 4) ตรวจประเมินรับรองและออกเกียรติบัตรสถานชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ได้รับการรับรองมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลจากกรมอนามัย
- 5) กำกับติดตามการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนาในระดับเขตสุขภาพ

ศึกษาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม : คู่มือมาตรฐานและแนวทางการพัฒนาสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

การขับเคลื่อนนโยบายสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา



มาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนา

สถานชีวาภิบาล

สถานที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลแบบประคับประคองหรือระยะท้าย โดยสถานที่ตั้งอยู่ภายในวัด ศาสนสถาน หรือชุมชน

รูปแบบการดูแล



- › Long Term Care
- › Palliative Care
- › ดูแลครอบคลุมทุกมิติ ร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม

ไป-กลับ

พักค้างคืน

ผู้ให้บริการ

พระคิลา บุปผูชา



- หลักสูตรพระ อสว. 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) + หลักสูตรพระคิลาฯ 15 ชั่วโมง (กรมอนามัย)
- หลักสูตรพระ อสว. 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) + หลักสูตรพระบริบาลภิกษุใช้ 30 ชั่วโมง (สถาบันบรมราชชนก)
- หลักสูตรพระ อสว. 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) + หลักสูตรพระอาหารระยะท้าย 140 ชม. (กรมการแพทย์)

นักบริบาล ชุมชน



- อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น หลักสูตรกลาง 120 ชั่วโมง

ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ



- หลักสูตร Caregiver 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) (ชุมชน)
- หลักสูตร Caregiver 420 ชั่วโมง (กรมอนามัย) (เอกชน)

ผู้รับบริการ



พระสงฆ์อาหาร
พระสงฆ์และประชาชน
ที่มีภาวะพึ่งพิง

มาตรฐาน สถานชีวาภิบาล

3 ด้าน

1

การบริหารจัดการองค์กร
(10 ข้อ)

2

ผู้ให้บริการ
(2 ข้อ)

3

การจัดบริการการดูแล
ผู้ป่วย (6 ข้อ)



ขั้นตอน การประเมิน

- 1 สถานชีวาภิบาลประเมินตนเอง
- 2 ยื่นความประสงค์รับการประเมินไป สวส./ สสง.
- 3 คณะผู้ประเมินเข้าตรวจเยี่ยม (ศอ./สสง./ Service Plan/สปสข.)
- 4 ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานครบทุกข้อ (13 ข้อ)
- 5 รับรองมาตรฐานฯ จากกรมอนามัย



ระดับพื้นฐาน 13 ข้อ



ระดับดี 5 ข้อ



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

แนวทางการขับเคลื่อนงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบไปกลับ
ในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบไปกลับ
3. เพื่อพัฒนาความร่วมมือของเครือข่ายการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในส่วนภูมิภาค
2. เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การ สร้างเครือข่ายและกลไกการสนับสนุน ในชุมชน และการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

คำจำกัดความ

การบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ หมายถึง รูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ครอบคลุมการดูแล และการช่วยเหลือ อย่างเอื้ออาทร สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลส่วนบุคคล การดูแล หรือ การช่วยเหลือ ในช่วงกลางวัน เพื่อให้สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่าง (กาญจนา พิบูลย์ และคณะ, 2567)

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568)

ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในชุมชนอาจเป็นเจ้าของบ้านเอง หรือเป็นผู้รับจ้างให้บริการดูแลผู้สูงอายุ

เครือข่ายการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในส่วนภูมิภาค หมายถึง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบไปกลับในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกจังหวัด

มาตรการสำคัญตัวชี้วัด

1. บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบไปกลับในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มารับบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบไปกลับในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
3. พัฒนาเครือข่ายจากต้นแบบการดำเนินงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบไปกลับสู่พื้นที่ให้ครอบคลุม



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

มาตรการและกลไกการขับเคลื่อน

1. การกำหนดมาตรฐานการดำเนินงาน: กำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน อาทิ ด้านผู้ให้บริการ ด้านคุณภาพการให้บริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ ด้านอาคารสถานที่และห้องพักอาศัยและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. การสร้างทีมงานหรือผู้รับผิดชอบ: มีการจัดตั้งทีมงานที่รับผิดชอบดำเนินงานในแต่ละประเด็นและการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เช่น เจ้าหน้าที่ฝึกอบรม นักโภชนาการ หรือผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต
3. การสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน: การประสานงานและรับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐองค์กรสุขภาพ รวมถึงพันธมิตรจากภาคเอกชน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้การดำเนินงานมีความครอบคลุม
4. การประเมินผลและปรับปรุง: ใช้การประเมินผลที่ครอบคลุมเพื่อพิจารณาประสิทธิภาพของการดำเนินงานและปรับปรุงแผนการดำเนินงานเพื่อให้เหมาะสมต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

กลไกการขับเคลื่อน

มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 1-12 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนการประเมินการดำเนินงาน ตลอดจนเป็นที่ปรึกษา และออกแบบแนวทางในการขับเคลื่อนงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่วางไว้ ภายใต้การบูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่าย

แผนการดำเนินงาน

มุ่งเน้นการขยายผลให้ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั่วประเทศ โดยจะมีการติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน เพื่อวัดความก้าวหน้าและปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เกิดความยั่งยืน

การดำเนินงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบไปกลับ โดยการบูรณาการ 4 ประเด็น (มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ) ได้แก่ ด้านผู้ให้บริการ ด้านคุณภาพการให้บริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ ด้านอาคารสถานที่และห้องพักอาศัยและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและครอบคลุมในทุกด้านในปี 2569 โดยสรุปดังนี้

1. ด้านผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ

1.1 ผู้ประกอบกิจการสถานดูแลผู้สูงอายุ

คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การปฏิบัติที่ควรต้องกำหนดสำหรับผู้ประกอบกิจการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบไปกลับ ได้แก่



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ด้านคุณสมบัติ

1. ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปีบริบูรณ์
2. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยมีหนังสือรับรองจากบุคคล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง หรือหลักสูตร 70 ชั่วโมงที่จัดโดยกรมอนามัย หรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง หรือโรงเรียนเอกชนที่ได้รับอนุญาต จากกระทรวงศึกษาธิการ ตามหลักสูตรที่กำหนดไว้
3. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย
4. มีใบรับรองแพทย์ระบุว่าสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นผู้กักจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด

ด้านการปฏิบัติ

1. ประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุรายบุคคล
2. จัดทำทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุรายบุคคล และบันทึกการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา
3. กรณีจ้าง"ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ" หมายถึง ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่รับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบไปกลับ การจ้างงานต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน
4. จัดทำสัญญาการให้บริการระหว่างผู้ประกอบการและผู้รับบริการโดยมีข้อความถูกต้องตรงกัน
5. กรณีมีความจำเป็นไม่สามารถปฏิบัติงานได้ให้ผู้ประกอบกิจการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบไปกลับ จัดหา "ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ" ทำหน้าที่แทน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
6. จัดให้มีระบบส่งต่อและวิธีการให้คำปรึกษาแนะนำในกรณีฉุกเฉิน แก่ "ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ" ได้ตลอดระยะเวลาที่ให้บริการ

1.2 ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ

คุณสมบัติและหลักเกณฑ์การปฏิบัติที่ควรต้องกำหนดสำหรับผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบไปกลับ ได้แก่

ด้านคุณสมบัติ

1. ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

- ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ที่จัดโดยกรมอนามัย หรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง หรือโรงเรียนเอกชนที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงศึกษาธิการตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบท้าย หรือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยมีหนังสือรับรองจากโรงเรียน สถาบันหรือสถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง
- ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่อง ในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย โดยมีใบรับรองจากผู้นำชุมชน เช่นผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ประธานชุมชน
- มีใบรับรองแพทย์ระบุว่าสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และ ไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ผ่านการประเมินด้านสุขภาพจิตโดยจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือพยาบาลจิตเวช หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
- เป็นผู้มีวุฒิภาวะและบุคลิกลักษณะเหมาะสม ทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม มีความขยันความอดทน และมีความตั้งใจในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความอ่อนโยน มีเมตตา ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ได้อย่างเหมาะสม
- มีการประเมินคุณสมบัติผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ เข้าทุก 1 ปี

2. ด้านคุณภาพการให้บริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบไปกลับ

การให้บริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมแบบองค์รวม ดังนี้

2.1 การให้บริการ ด้านการปฏิบัติ

- การดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ เช่น
 - การทำความสะอาดร่างกายและช่องปาก
 - การรับประทานอาหาร
 - การออกกำลังกายหรือการบริหารร่างกาย (Exercise)
 - การนอนหลับพักผ่อน
 - การเคลื่อนย้าย
 - การขับถ่าย
- จัดบริการอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและดูแลภาวะโภชนาการที่เหมาะสม



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

3. สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อผู้ประกอบกิจการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกเดือน
5. จัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกด้าน รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ
6. ต้องมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือสถานบริการในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการให้การดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูแก่ผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ
7. สามารถส่งต่อและให้คำปรึกษาแนะนำในกรณีฉุกเฉินได้

2.2 การให้บริการ ด้านความปลอดภัย

1. จัดให้มีบริการชุดปฐมพยาบาล ที่สามารถหยิบใช้ได้สะดวกเร็ว และแนวทางการปฏิบัติในการปฐมพยาบาลไว้ในสถานที่ดูแลผู้สูงอายุที่เห็นชัดเจน
2. จัดทำป้ายหรือข้อความ เพื่อแสดงเครื่องหมายเตือน หรือการติดตั้งเครื่องป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดอันตรายได้
3. มีเครื่องดับเพลิงไว้ในตำแหน่งที่เห็นได้ชัด สามารถหยิบใช้ได้สะดวก ในสภาพพร้อมใช้งานตามข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุควรเข้าร่วมการอบรมการป้องกันและระงับอัคคีภัยปีละ 1 ครั้ง
5. ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. ด้านอาคารสถานที่และห้องพักอาศัย

อาคารสถานที่และห้องพักอาศัย ควรมีลักษณะ ดังนี้

1. สถานที่ตั้ง ควรอยู่ในบริเวณที่ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
2. มีเส้นทางคมนาคม ที่สามารถเดินทางไปสถานพยาบาลได้โดยสะดวก
3. จัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยอย่างเหมาะสมภายในอาคารสถานที่และห้องพักอาศัย
4. ทางเข้าอาคารสถานที่และห้องพักอาศัย เป็นพื้นเรียบเสมอกัน ไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวาง ถ้าพื้นอาคารมีความต่างระดับควรมีทางลาดที่สามารถขึ้นลงได้สะดวก
5. ประตูเข้าห้องพักอาศัย ควรเป็นแบบเปิดออกภายนอกหรือแบบบานเลื่อน มีความกว้างไม่ต่ำกว่า 90 เซนติเมตร
6. ภายในห้องพักอาศัย มีพื้นที่ตั้งแต่ 15 ตารางเมตรขึ้นไปและจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยได้ไม่น้อยกว่า 3 ส่วน ได้แก่ พื้นที่ส่วนที่นอน พื้นที่ส่วนห้องน้ำ และพื้นที่ส่วนใช้ประโยชน์ทั่วไป มีหน้าต่างระบายอากาศได้ดี



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

7. ห้องน้ำ มีขนาดกว้างไม่ต่ำกว่า 1.5 เมตร x 2.0 เมตร ประตูเป็นแบบเปิดออกภายนอกหรือแบบบานเลื่อน มีความกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร ระดับพื้นผิวห้องน้ำมีความเสมอกับภายนอกวัสดุปูพื้นต้องไม่ลื่นมีความลาดเอียงเพียงพอไปยังช่องระบายน้ำ เพื่อไม่ให้น้ำขังบนพื้น

8. โถส้วมชนิดนั่งราบสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 45 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 50 เซนติเมตร มีพนักพิงหลังและมีราวจับบริเวณด้านที่ชิดผนังอย่างน้อย 1 ด้าน เพื่อช่วยในการพยุงตัวบริเวณที่อาบน้ำ จัดให้มีที่ที่นั่งสำหรับอาบน้ำ ที่มีความสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 45 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 50 เซนติเมตร มีราวจับในแนวนอนที่ด้านข้างของที่นั่งสูงจากพื้น 65 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 70 เซนติเมตร

9. มีราวจับตั้งแต่ประตูไปจนถึงโถส้วมและบริเวณที่อาบน้ำ

4. ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ควรมีมาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. มีน้ำสะอาดเพื่ออุปโภคบริโภค ตามมาตรฐานคุณภาพน้ำที่ทางราชการกำหนด และมีปริมาณเพียงพอตามความต้องการของผู้อยู่อาศัยอย่างทั่วถึง

2. มีระบบรองรับน้ำเสียจากการใช้สุขภัณฑ์ และการบำบัดน้ำเสียให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมไม่ก่อให้เกิดมลพิษและความเดือดร้อนรำคาญต่อชุมชน

3. มีระบบกำจัดขยะมูลฝอย/ขยะติดเชื้อ ที่ถูกสุขลักษณะ

4. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้แก่ผู้สูงอายุ สถานที่ประกอบอาหารควรเลือกบริเวณที่จะไม่ทำให้สิ่งแวดล้อมของผู้อยู่อาศัยได้รับการปนเปื้อนจากสิ่งสกปรก ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญอันเนื่องมาจาก กลิ่นเสียง คิว

5. จัดอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงความต้องการทางโภชนาการของผู้สูงอายุ และดำเนินการเตรียมปรุงประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหาร และรับประทานอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนตามข้อกำหนดของมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร



7. ห้องน้ำ มีขนาดกว้างไม่ต่ำกว่า 1.5 เมตร x 2.0 เมตร ประตูเป็นแบบเปิดออกภายนอกหรือแบบบานเลื่อน มีความกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร ระดับพื้นผิวห้องน้ำมีความเสมอกับภายนอกวัสดุปูพื้นต้องไม่ลื่นมีความลาดเอียงเพียงพอไปยังช่องระบายน้ำ เพื่อไม่ให้น้ำขังบนพื้น

8. โถส้วมชนิดนั่งราบสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 45 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 50 เซนติเมตร มีพนักพิงหลังและมีราวจับบริเวณด้านที่ชิดผนังอย่างน้อย 1 ด้าน เพื่อช่วยในการพยุงตัวบริเวณที่อาบน้ำ จัดให้มีที่นั่งสำหรับอาบน้ำ ที่มีความสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 45 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 50 เซนติเมตร มีราวจับในแนวอนที่ด้านข้างของที่นั่งสูงจากพื้น 65 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 70 เซนติเมตร

9. มีราวจับตั้งแต่ประตูไปจนถึงโถส้วมและบริเวณที่อาบน้ำ

4. ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ควรมีมาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. มีน้ำสะอาดเพื่ออุปโภคบริโภค ตามมาตรฐานคุณภาพน้ำที่ทางราชการกำหนด และมีปริมาณเพียงพอตามความต้องการของผู้อยู่อาศัยอย่างทั่วถึง

2. มีระบบรองรับน้ำเสียจากการใช้อุปโภคบริโภค และมีการบำบัดน้ำเสียให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมไม่ก่อให้เกิดมลพิษและความเดือดร้อนรำคาญต่อชุมชน

3. มีระบบกำจัดขยะมูลฝอย/ขยะติดเชื้อ ที่ถูกสุขลักษณะ

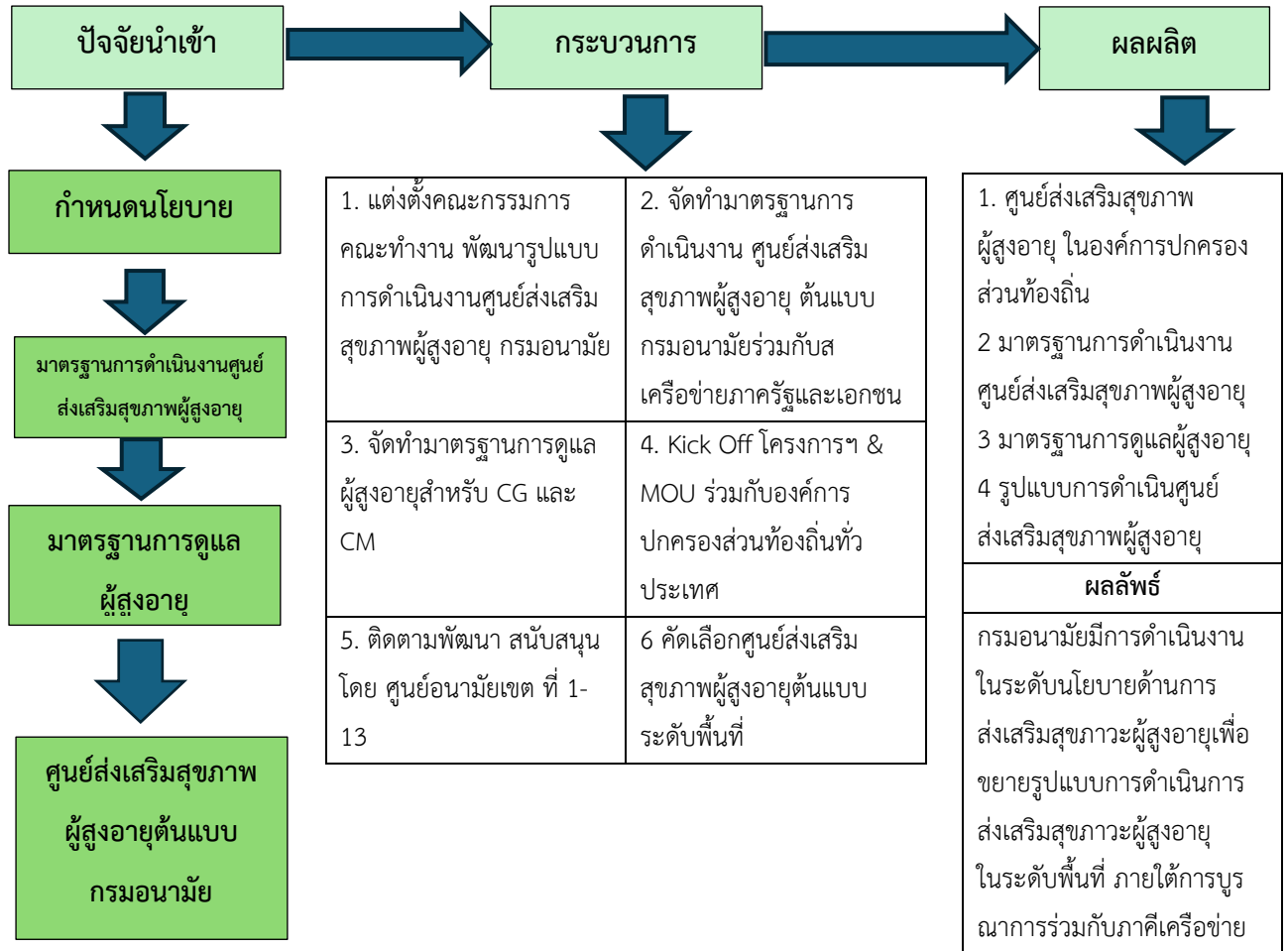
4. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้แก่ผู้สูงอายุ สถานที่ประกอบอาหารควรเลือกบริเวณที่จะไม่ทำให้สิ่งแวดล้อมของผู้อยู่อาศัยได้รับการปนเปื้อนจากสิ่งสกปรก ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญอันเนื่องมาจาก กลิ่นเสียง ควัน

5. จัดอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงความต้องการทางโภชนาการของผู้สูงอายุ และดำเนินการเตรียมปรุงประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหาร และรับประทานอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนตามข้อกำหนดของมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

กรอบและกระบวนการดำเนินงาน



คุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

แผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

Key Activity	ส่วนกลาง	ส่วนภูมิภาค			
		ศูนย์อนามัยที่ 1-12	องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	กระทรวงการพัฒนากำลังคนฯ	ภาคเอกชน
แนวทางการขับเคลื่อนงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบไปกลับในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น					
แนวทางการขับเคลื่อนงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบไปกลับในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	1. ประชาสัมพันธ์ขอความร่วมมือหน่วยงานภาคีเครือข่ายเข้าร่วมจัดทำมาตรฐานแนวทางการดำเนินงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 1-12 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงการพัฒนากำลังคนและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1. ประสานขอความร่วมมือหน่วยงานภาคีเครือข่ายเข้าร่วมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ 2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ร่วมกับให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์การส่งเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตตามบริบทพื้นที่ 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและแกนนำสุขภาพ 5. กำกับ ติดตามการดำเนินงาน	บริหารจัดการและงบประมาณ - การจัดทำแผนรองรับสังคมสูงวัย - การจัดตั้งงบประมาณ การจัดตั้งสถานบริการ: จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care) หรือคลินิกผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพและความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ฐานข้อมูล: จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตรวจสอบสิทธิและวางแผนการช่วยเหลือ สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการขับเคลื่อนงาน	- สนับสนุนมาตรการแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการดำเนินงาน และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ - ส่งเสริมการจัดตั้งและสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวัน ผ่านการออกแบบรูปแบบบริการและ กิจกรรม, จัดทำแผนปฏิบัติการ, อบรมบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ, และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อยกระดับการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ	- สนับสนุนมาตรการแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการดำเนินงานและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ - ส่งเสริมการจัดตั้งและสนับสนุนการดำเนินงานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวัน ผ่านการออกแบบรูปแบบบริการ และกิจกรรม, จัดทำแผนปฏิบัติการ, อบรมบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ, และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อยกระดับการ



Key Activity	ส่วนกลาง	ส่วนภูมิภาค			
		ศูนย์อนามัยที่ 1-12	องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น	กระทรวงการ พัฒนาสังคมฯ	ภาคเอกชน
แนวทางการขับเคลื่อนงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบไปกลับในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น					
		ในพื้นที่ รับผิดชอบ	ติดตาม ประเมินผลตาม มาตรฐานการ ดำเนินงาน ร่วมกับภาคี เครือข่าย	สังคม และ อาารมณั์	ดูแลผู้สูงอายุให้ ได้มาตรฐาน และส่งเสริม คุณภาพชีวิตที่ ดีทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และ อาารมณั์



สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้นำทางศาสนา

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยจึงเป็นภารกิจสำคัญของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการบูรณาการพลังทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนา เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ

ศาสนสถานและผู้นำทางศาสนามีบทบาทสำคัญในฐานะศูนย์กลางจิตใจของชุมชน เป็นพื้นที่ที่ประชาชนให้ความเคารพศรัทธาและเข้าถึงได้อย่างกว้างขวาง การนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพมาบูรณาการในศาสนสถานและการสนับสนุนบทบาทของผู้นำทางศาสนาในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำทางศาสนาและประชาชนได้อย่างยั่งยืน

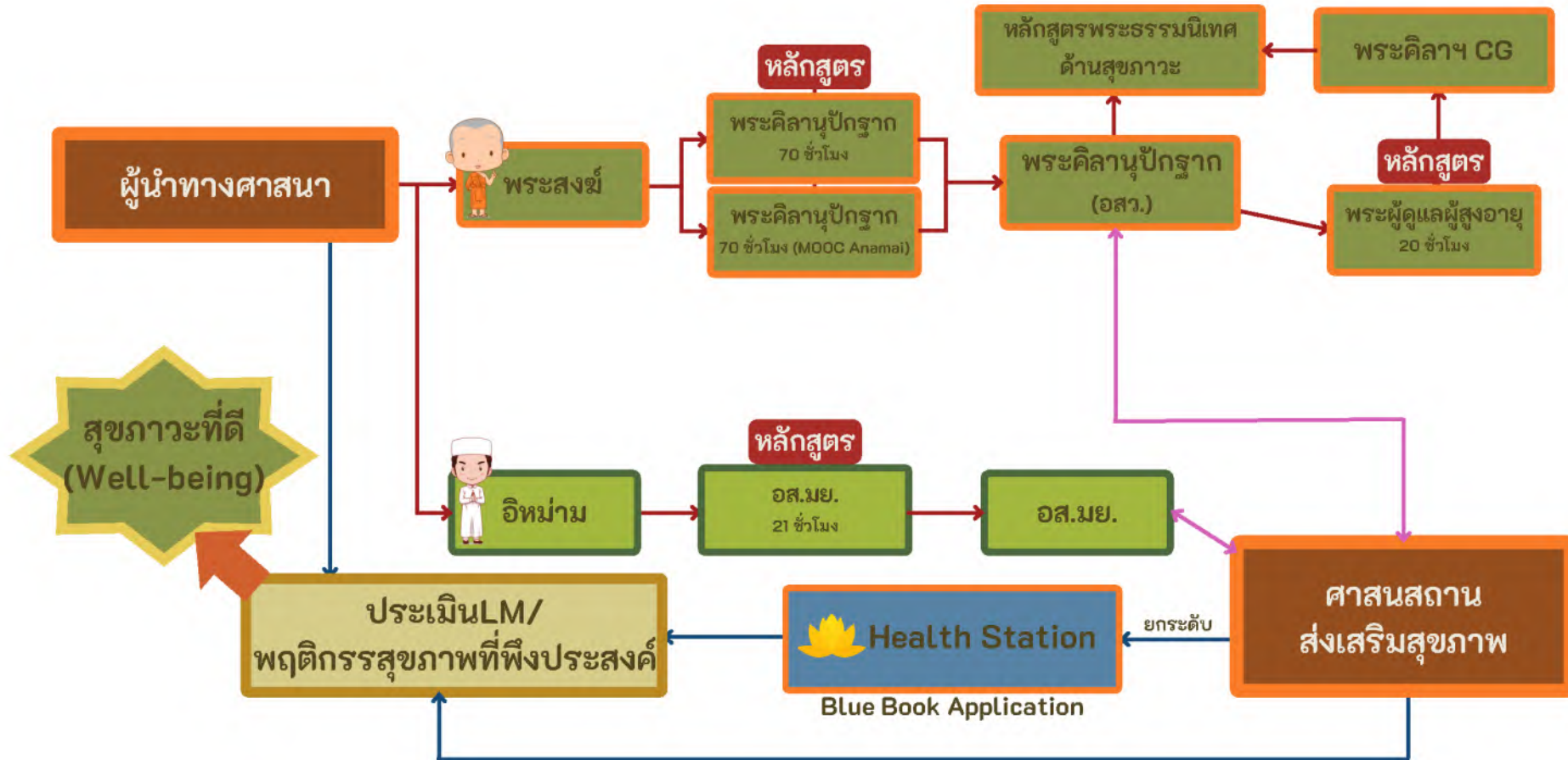
สำนักอนามัยผู้สูงอายุได้จัดทำแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้นำทางศาสนาและศาสนสถาน สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับพื้นที่และระดับชุมชน โดยมุ่งหวังให้ศาสนสถานสามารถพัฒนาเป็น “ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ” และผู้นำทางศาสนาสามารถเป็น “ผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ” ที่มีศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้ การสร้างแรงบันดาลใจ และการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพให้เกิดผลเป็นรูปธรรม ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและความเชื่อที่หลากหลาย

ทั้งนี้ คู่มือได้รวบรวมแนวทาง ขอบเขตการดำเนินงาน เพื่อให้ทุกภาคส่วนสามารถบูรณาการพลังทางศาสนากับการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และการสร้างสังคมสุขภาวะที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาผู้นำทางศาสนา ด้านสุขภาพ ให้ชัดเจนและสามารถประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่
2. เพื่อสนับสนุนการบูรณาการพลังศาสนา วัฒนธรรม และชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้นำทางศาสนา และประชาชนได้อย่างยั่งยืนทุกกลุ่มวัย อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้นำทางศาสนาให้สามารถเป็นต้นแบบและผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิต
4. เพื่อพัฒนาศาสนสถานให้เป็นพื้นที่สร้างเสริมสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เกิดความไว้วางใจ และสามารถใช้เป็นศูนย์กลางกิจกรรมสุขภาพในชุมชน
5. เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพร่วมกับศาสนสถานและผู้นำทางศาสนาอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้นำทางศาสนาและศาสนสถาน



ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ

ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ศาสนสถานที่ผ่านการประเมินเป็นศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ ตามเกณฑ์ของกรมอนามัย อาทิ วัดส่งเสริมสุขภาพ มัสยิดส่งเสริมสุขภาพ และโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ เป็นศาสนสถานที่มีการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชน และชุมชน โดยมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่

คุณสมบัติของศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ “5 ร.”

- 1) **ร่วมพัฒนา** คือ การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ทั้งผู้นำทางศาสนาและศาสนิกชนในชุมชน
- 2) **ร่วมรื้อน** คือ สะอาด ทั้งอาคารสถานที่ และสภาพแวดล้อมในศาสนสถานที่ถูกหลักสุขอนามัย
- 3) **ร่วมเย็น** คือ สงบด้วยหลักธรรมคำสอนของศาสนา
- 4) **ร่วมสร้างสุขภาพ** คือ การดูแลสุขภาพของผู้นำทางศาสนาและศาสนิกชนในชุมชน ด้วยกิจกรรมที่เอื้อต่อการดูแล ส่งเสริม รักษาสุขภาพ
- 5) **ร่วมจิตวิญญาณ** คือ การดำรง รักษา ศิลปะวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และทรัพยากรธรรมชาติ

เกณฑ์การประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ

1. ระดับ**พื้นฐาน** คือ มีผลรวมคะแนนการประเมินคุณภาพ ตั้งแต่ **70 - 79 คะแนน**
2. ระดับ**ก้าวหน้า** คือ มีผลรวมคะแนนการประเมินคุณภาพ ตั้งแต่ **80 - 89 คะแนน**
3. ระดับ**ยั่งยืน** คือ มีผลรวมคะแนนการประเมินคุณภาพ ตั้งแต่ **90 คะแนนขึ้นไป**

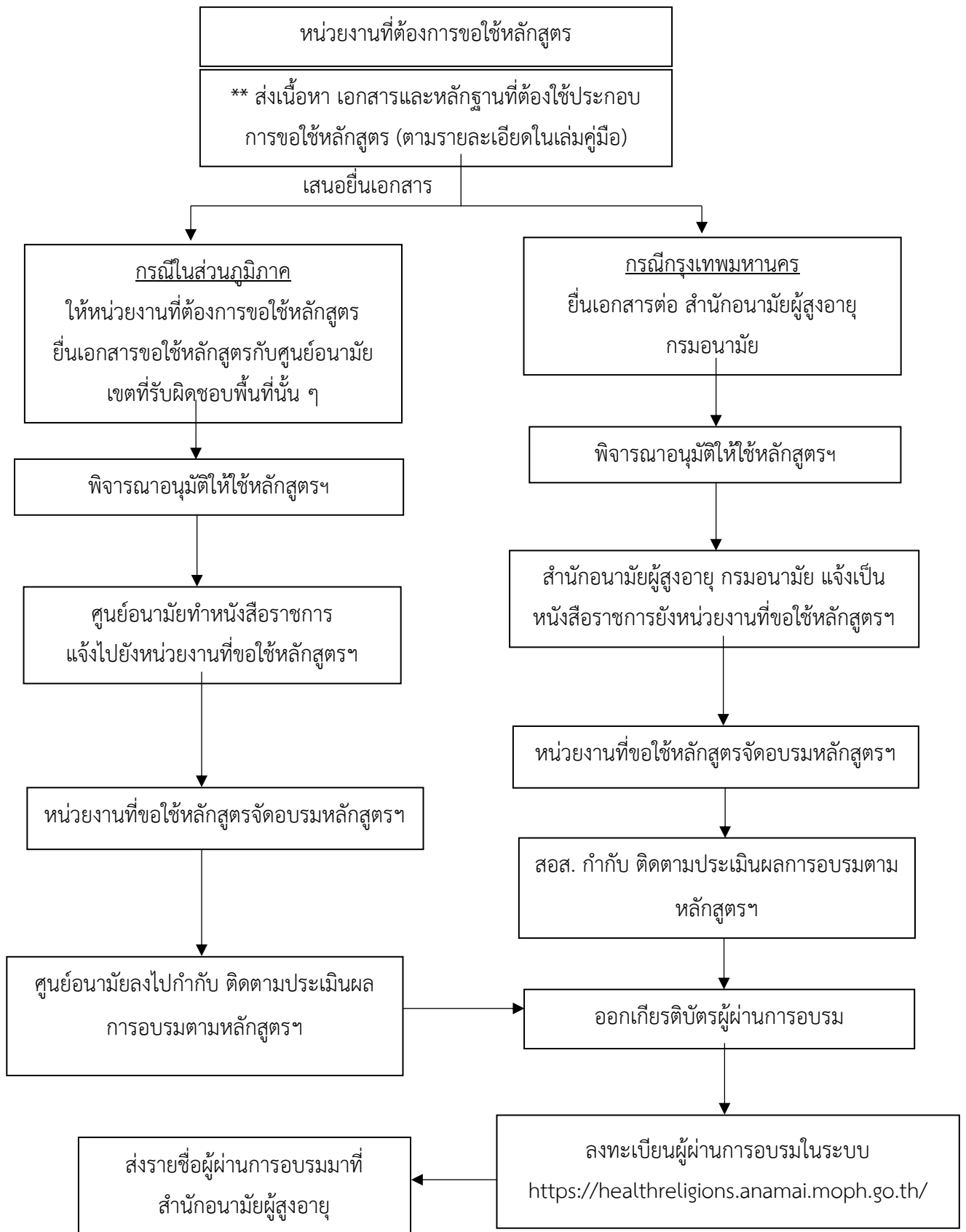
การนิเทศงาน/ติดตาม

1. ติดตาม ประเมินรับรองศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ ที่**ไม่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน** เพื่อความต่อเนื่อง โดยระดับอำเภอ ดำเนินการตรวจประเมินผล ปีละ 1 ครั้ง
2. ติดตาม ประเมินรับรองศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ ที่**ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน** เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ระดับก้าวหน้าหรือยั่งยืน และความต่อเนื่องโดยระดับอำเภอ ดำเนินการตรวจประเมินผล ระยะเวลา 2 ปี/ครั้ง
3. ติดตาม ประเมินรับรองศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ ที่**ผ่านเกณฑ์ระดับก้าวหน้า** เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ระดับยั่งยืนและความต่อเนื่องโดยระดับอำเภอ ดำเนินการตรวจประเมินผล ระยะเวลา 2 ปี/ครั้ง
4. ติดตาม ประเมินรับรองศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ ที่**ผ่านเกณฑ์ระดับยั่งยืน** เพื่อความต่อเนื่อง โดยระดับอำเภอ ดำเนินการตรวจประเมินผล ระยะเวลา 2 ปี/ครั้ง
5. ติดตามประเมินโดยศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง/จังหวัด ปีละ 1 ครั้ง

การดำเนินการ

ศาสนสถานทุกแห่ง / 76 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนแนวทางการขอใช้มาตรฐานหลักสูตรการอบรมพระคิลานุปัฏฐาก



1. การดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ

กรอบการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ



ขั้นตอนการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 1 : ประสานความร่วมมือ/ชี้แจงการดำเนินงาน

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสานความร่วมมือ เพื่อทำความเข้าใจกับพระสงฆ์ บุคลากรในวัดและประชาชนที่อยู่รอบ ๆ วัด ให้เข้าใจตรงกันว่ามีกิจกรรมดำเนินงานขั้นตอนอย่างไร

- ขั้นตอนการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ
- เกณฑ์การประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 : การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน/ประกาศนโยบาย

2.1 มีคณะกรรมการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ (คณะกรรมการ ประกอบด้วย ตัวแทนวัด ชุมชน และองค์กรภาครัฐ ครบทั้ง 3 ฝ่าย) ประกาศนโยบาย การดำเนินงาน และสื่อสารให้ประชาชนรับทราบ

2.2 มีการจัดทำแผนการดำเนินงานและ/หรือได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย โดยชุมชนมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3 : สำรวจข้อมูลพื้นฐาน/ขอรับการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ

3.1 สำรวจความพร้อมของวัดตามเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพ (5 ร.)

3.2 มีการวิเคราะห์พื้นที่ภายในวัด (จุดเด่น - จุดด้อย - แนวทางส่งเสริม - ปรับปรุง)

3.3 วัดเตรียมความพร้อม และการจัดทำแผนการพัฒนา/ปรับปรุงพื้นที่ พร้อมทั้งระบุผู้รับผิดชอบ

3.4 ลงมือปฏิบัติดำเนินการปรับปรุงตามแผน

3.5 วัดขอรับการประเมิน โดยประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 4 : วัดประเมินตนเองตามเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพ

4.1 ประเมินตนเองตามเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพ ผ่านระบบข้อมูลวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก กรมอนามัย ในเว็บไซต์ <https://healthtemple.anamai.moph.go.th>

- กรณีไม่สามารถประเมินผ่านเว็บไซต์ได้ ให้ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

4.2 คณะกรรมการ (ประกอบด้วย คณะสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ศอ./สสจ.) และองค์กรภาครัฐ) ประเมินรับรองวัดส่งเสริมสุขภาพ

4.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สสจ./ศอ.) อนุมัติรับรองเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ ผ่านระบบข้อมูลวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก กรมอนามัย ในเว็บไซต์ <https://healthtemple.anamai.moph.go.th>

ขั้นตอนที่ 5 : ยกย่องเชิดชูเกียรติวัดที่ผ่านการประเมิน

5.1 ยกย่องเชิดชูเกียรติวัดที่ผ่านการประเมิน เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ โดยกรมอนามัยมอบใบรับรอง (เกียรติบัตร/โล่เกียรติคุณ)

5.2 เยี่ยมเสริมพลังวัดส่งเสริมสุขภาพ

2. การดำเนินงานมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ

กรอบการดำเนินงานมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ



ขั้นตอนการดำเนินงานมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 1 : ประสานความร่วมมือ/ชี้แจงการดำเนินงาน

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสานความร่วมมือ เพื่อทำความเข้าใจกับอิหม่าม/ผู้นำทางศาสนา บุคลากรในมัสยิดและประชาชนที่อยู่รอบ ๆ มัสยิด ให้เข้าใจตรงกันว่าการดำเนินงานขั้นตอนอย่างไร

- ขั้นตอนการดำเนินงานมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ
- เกณฑ์การประเมินมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 : การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน/ประกาศนโยบาย

2.1 มีคณะกรรมการดำเนินงานมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ (คณะกรรมการ ประกอบด้วย ตัวแทนมัสยิด ชุมชนและองค์กรภาครัฐ ครบทั้ง 3 ฝ่าย) ประกาศนโยบาย การดำเนินงาน และสื่อสารให้ประชาชนรับทราบ

2.2 มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน และ/หรือได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย โดยชุมชนมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3 : สำรวจข้อมูลพื้นฐาน/ขอรับการประเมินมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ

3.1 สำรวจความพร้อมของมัสยิดตามเกณฑ์มัสยิดส่งเสริมสุขภาพ (5 ร.)

3.2 มีการวิเคราะห์พื้นที่ภายในมัสยิด (จุดเด่น - จุดพัฒนา - แนวทางส่งเสริม - ปรับปรุง)

3.3 มัสยิดเตรียมความพร้อม และการจัดทำแผนการพัฒนา/ปรับปรุงพื้นที่ พร้อมทั้งระบุผู้รับผิดชอบ

3.4 ลงมือปฏิบัติดำเนินการปรับปรุงตามแผน

3.5 มัสยิดขอรับการประเมิน โดยประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 4 : มัสยิดประเมินตนเองตามเกณฑ์มัสยิดส่งเสริมสุขภาพ

4.1 ประเมินตนเองตามเกณฑ์มัสยิดส่งเสริมสุขภาพ ผ่านระบบข้อมูลมัสยิดส่งเสริมสุขภาพและ อาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำมัสยิด กรมอนามัย ในเว็บไซต์ <https://healthmasjid.anamai.moph.go.th> หรือวิธีอื่น ๆ กรณีไม่สามารถประเมินผ่านเว็บไซต์ได้ ให้ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

4.2 คณะกรรมการ (ประกอบด้วย อิหม่าม/ผู้นำทางศาสนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ศอ./สสจ.) และ องค์กรภาครัฐ) ประเมินรับรองมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ

4.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สสจ./ศอ.) อนุมัติรับรองเป็นมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ ผ่านระบบมัสยิดส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำมัสยิด กรมอนามัย ในเว็บไซต์ <https://healthmasjid.anamai.moph.go.th>

ขั้นตอนที่ 5 : ยกย่องเชิดชูเกียรติมัสยิดที่ผ่านการประเมิน

5.1 ยกย่องเชิดชูเกียรติมัสยิดที่ผ่านการประเมิน เป็นมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ โดยกรมอนามัยมอบ ใบรับรอง (เกียรติบัตร/โล่เกียรติคุณ)

5.2 เยี่ยมเสริมพลังมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ

3. การดำเนินงานโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ

กรอบการดำเนินงานโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ



ขั้นตอนการดำเนินงานโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 1 : ประสานความร่วมมือ/ชี้แจงการดำเนินงาน

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสานความร่วมมือ เพื่อทำความเข้าใจกับบาทหลวง/ผู้นำทางศาสนา บุคลากรในโบสถ์และประชาชนที่อยู่รอบ ๆ โบสถ์ ให้เข้าใจตรงกันว่ามี การดำเนินงานขั้นตอนอย่างไร

- ขั้นตอนการดำเนินงานโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ
- เกณฑ์การประเมินโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 : การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน/ประกาศนโยบาย

2.1 มีคณะกรรมการดำเนินงานโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ (คณะกรรมการ ประกอบด้วย ตัวแทนโบสถ์ ชุมชน และองค์กรภาครัฐ ครบทั้ง 3 ฝ่าย) ประกาศนโยบาย การดำเนินงาน และสื่อสารให้ประชาชนรับทราบ

2.2 มีการจัดทำแผนการดำเนินงานและ/หรือได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย โดยชุมชนมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3 : สำรวจข้อมูลพื้นฐาน/ขอรับการประเมินโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ

3.1 สำรวจความพร้อมของโบสถ์ตามเกณฑ์โบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ (5 ร.)

3.2 มีการวิเคราะห์พื้นที่ภายในโบสถ์ (จุดเด่น – จุดพัฒนา – แนวทางส่งเสริม – ปรับปรุง)

3.3 โบสถ์เตรียมความพร้อม และการจัดทำแผนการพัฒนา/ปรับปรุงพื้นที่ พร้อมทั้งระบุผู้รับผิดชอบ

3.4 ลงมือปฏิบัติดำเนินการปรับปรุงตามแผน

3.5 โบสถ์ขอรับการประเมิน โดยประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 4 : โบสถ์ประเมินตนเองตามเกณฑ์โบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ

4.1 ประเมินตนเองตามเกณฑ์โบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ ผ่านระบบข้อมูลโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัคร ส่งเสริมสุขภาพประจำโบสถ์ กรมอนามัย ในเว็บไซต์ <https://healthchurch.anamai.moph.go.th/> หรือวิธีอื่น ๆ

- กรณีไม่สามารถประเมินผ่านเว็บไซต์ได้ ให้ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

4.2 คณะกรรมการ (ประกอบด้วย บาทหลวง/ผู้นำทางศาสนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ศอ./สสจ.) และ องค์กรภาครัฐ) ประเมินรับรองโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ

4.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สสจ./ศอ.) อนุมัติรับรองเป็นโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ ผ่านระบบโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำโบสถ์ กรมอนามัย ในเว็บไซต์

<https://healthchurch.anamai.moph.go.th/>

ขั้นตอนที่ 5 : ยกย่องเชิดชูเกียรติโบสถ์ที่ผ่านการประเมิน

5.1 ยกย่องเชิดชูเกียรติโบสถ์ที่ผ่านการประเมิน เป็นโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ โดยกรมอนามัยมอบ ใบรับรอง (เกียรติบัตร/โล่เกียรติคุณ)

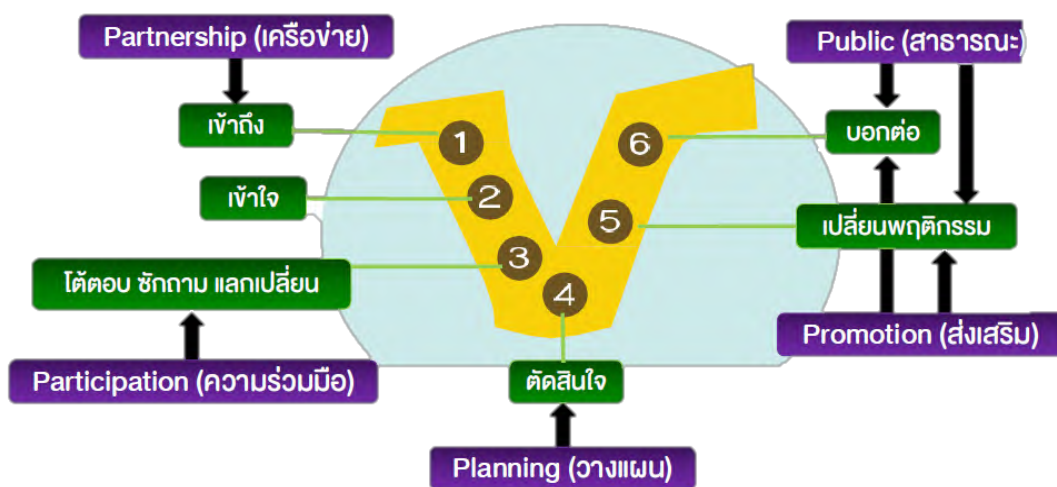
5.2 เยี่ยมเสริมพลังโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ

4. การดำเนินงานวัดส่งเสริมสู่วัตรอบรู้ด้านสุขภาพ

วัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัตรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ วัดที่มีการให้ข้อมูลด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และถือว่าการดูแลสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องของทุกคนในวัด มีการจัดระบบ กระบวนการ และบริการให้ความสำคัญกับเรื่องข้อมูลและการสื่อสาร และเอื้อให้พระสงฆ์ สามเณรและนักบวช มีความสามารถในการสื่อสาร การให้ข้อมูลสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม จนพระสงฆ์ สามเณร นักบวช ประชาชนและชุมชน เกิดการเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

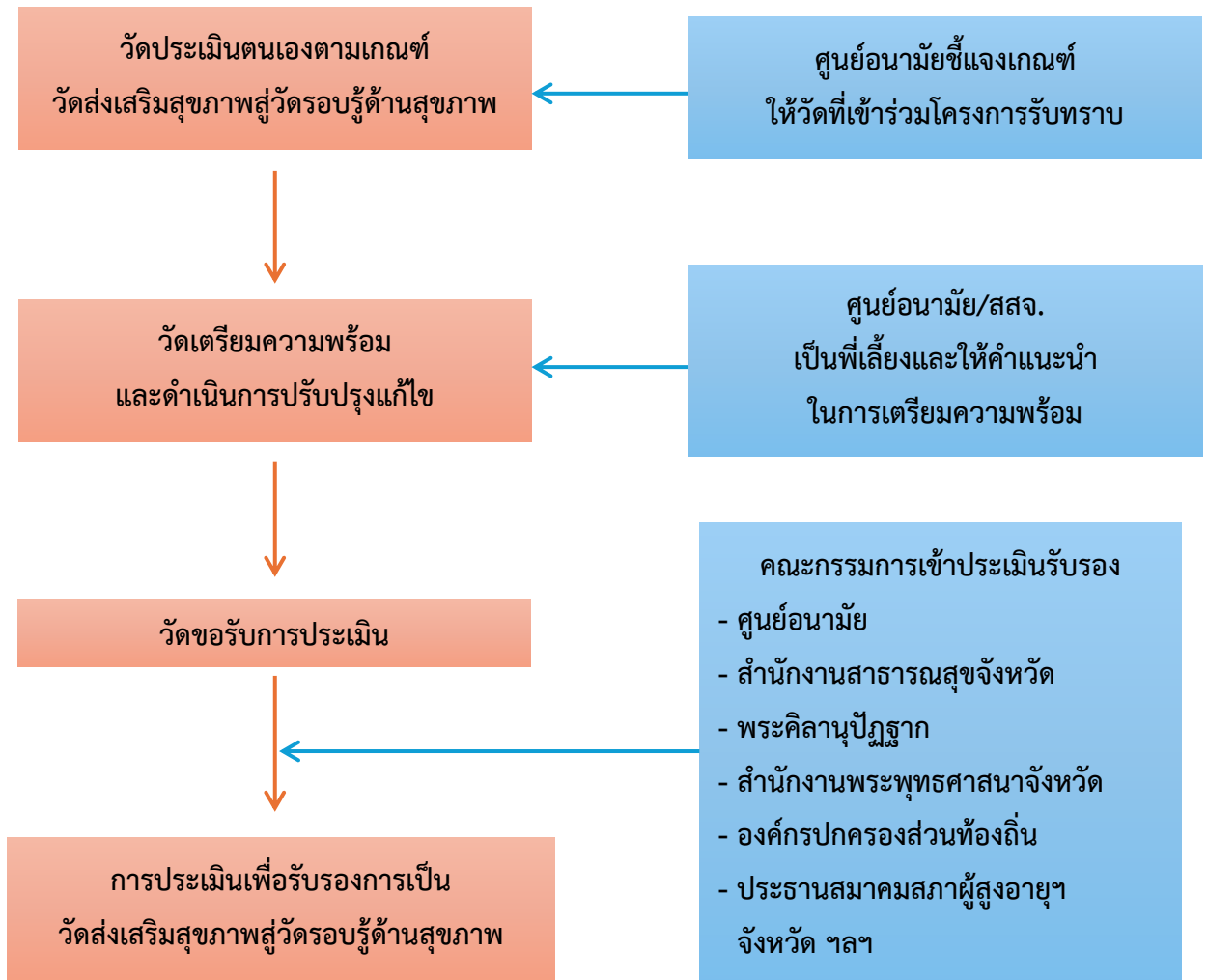
องค์ประกอบวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัตรอบรู้ด้านสุขภาพ

วัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัตรอบรู้ด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ดังนี้



1. Partnership (เครือข่าย) การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนหน่วยงาน/ชุมชน Health sector/ Non-Health sector (เข้าถึง เข้าใจ)
2. Participation (ความร่วมมือ) สร้างความร่วมมือในการทำงานทุกกระบวนการ (บอกต่อ)
3. Planning (การวางแผน) กำหนดแนวทางการดำเนินงานทั้งหมด
4. Promotion (การส่งเสริม) สื่อสาร, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (บอกต่อ) (สื่อสาร ตัดสินใจ)
5. Public (สาธารณะ) สื่อสารให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (บอกต่อ)

ขั้นตอนการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ



แนวทางหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพและศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ

1. แนวทางหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก
2. แนวทางหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น
3. แนวทางหลักเกณฑ์การคัดเลือกวัดส่งเสริมสุขภาพ ดีเด่น
4. แนวทางหลักเกณฑ์การคัดเลือกวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ ดีเด่น



1. แนวทางหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพระสงฆ์ต้นแบบ ในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก

ขั้นตอนและแนวทางในการคัดเลือกพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- พิจารณาคุณสมบัติพระสงฆ์ฆราวาส (ระดับเจ้าอาวาส เจ้าคณะตำบล เจ้าคณะอำเภอ) เบื้องต้น
- คัดเลือกพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก ระดับจังหวัด
- ส่งผลการคัดเลือกพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก ระดับจังหวัด ให้ศูนย์อนามัยเขต (ภายในวันที่ 30 มิถุนายนของทุกปี)

ศูนย์อนามัยเขต

- รวบรวมผลการคัดเลือกพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก ระดับจังหวัด
- แต่งตั้งคณะกรรมการโดยมีเจ้าคณะจังหวัดเป็นประธานในการคัดเลือกพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก ระดับเขตสุขภาพ
- คัดเลือกและประเมินผลงานพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก ระดับเขตสุขภาพ
- จัดทำเกียรติบัตรพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก ระดับจังหวัด
- ส่งผลการคัดเลือกและประเมินผลงานพร้อมเอกสารประกอบ
 1. พระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก ระดับจังหวัด
 2. พระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก ระดับเขตสุขภาพให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (ภายในวันที่ 31 กรกฎาคมของทุกปี)

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

- รวบรวมผลการคัดเลือกพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ
- จัดทำและมอบโล่เกียรติคุณพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก ระดับเขตสุขภาพ
- เยี่ยมเสริมพลังพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลาณุปัฏฐาก

คุณสมบัติของพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลาณุปัฏฐาก ประกอบด้วย

1. เป็นพระสังฆาธิการ (ระดับเจ้าอาวาส เจ้าคณะตำบล เจ้าคณะอำเภอ) ที่สนับสนุนการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลาณุปัฏฐาก
2. เป็นผู้ทำคุณประโยชน์ต่อพระพุทธศาสนา
3. มีประวัติและผลงานเป็นที่ยอมรับและปรากฏผลงานดีเด่นในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ

หลักเกณฑ์เบื้องต้น (100 คะแนน) ประกอบด้วย 3 หลักเกณฑ์ ได้แก่

1. พระแข็งแรง (30 คะแนน)
2. วัดมั่นคง (30 คะแนน)
3. ชุมชนเป็นสุข (40 คะแนน)

1. พระแข็งแรง (ร่างกาย - จิตใจ) พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย โดยมีเกณฑ์ประกอบด้วย

- 1) การเป็นผู้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติของพระสงฆ์ที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัย กิจวัตร 10 อย่างของพระสงฆ์
- 2) การเป็นแบบอย่างที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบอย่างที่ดีของพระสงฆ์ในวัด
- 3) มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 4) มีกิจกรรมร่วมกันภายในวัด
- 5) มีมนุษยสัมพันธ์และสัมพันธภาพที่ดีต่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์
- 6) พระภิกษุ สามเณรในวัดมีทัศนคติที่ดีต่อการมีพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลาณุปัฏฐากและการเสียสละเพื่อส่วนรวม

2. วัดมั่นคง (สังคม) ชุมชนและสังคมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย โดยมีเกณฑ์ประกอบด้วย

- 1) เป็นแกนนำจัดกิจกรรมวัดส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพภายในวัด ชุมชน โดยชักชวนคณะสงฆ์ภายในวัด ชุมชน
- 2) กระบวนการในการสร้างศรัทธา ชักชวนเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขภายในวัดให้การยอมรับ เชื่อมั่นในตนเองและผู้อื่น กระตือรือร้นและเสียสละ
- 3) การประสานงาน เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา มีความสามารถในการประสานงานให้การยอมรับภายในวัด ชุมชน และมุ่งมั่นพัฒนาตนเองอยู่เสมอ

3. ชุมชนเป็นสุข (ปัญญา) บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม โดยมีเกณฑ์ประกอบด้วย

- 1) วัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น วัด/ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ มีทักษะในการพัฒนาวัด ชุมชนแบบผสมผสาน
- 2) มีกลไกและเครือข่ายในการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน เช่น มีส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยสร้างและบริหารเครือข่ายระดับวัด ตำบล อำเภอ
- 3) มีศูนย์ประสานงานพระสงฆ์ต้นแบบและหลักประกันสุขภาพ เช่น มีศูนย์ประสานงานข้อมูลภูมิศาสตร์อาหาร กองทุนพระสงฆ์อาหาร เพื่อสนับสนุนงานสุขภาพพระสงฆ์ ชุมชน และมีผลงานเป็นที่ยอมรับของคณะสงฆ์/ชุมชน

2. แนวทางหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น

ขั้นตอนและแนวทางในการคัดเลือกพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- พิจารณาคุณสมบัติเบื้องต้น
- คัดเลือกพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น ระดับจังหวัด
- ส่งผลคัดเลือกพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น ระดับจังหวัด ให้ศูนย์อนามัยเขต (ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายนของทุกปี)

ศูนย์อนามัยเขต

- รวบรวมผลการคัดเลือกพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น ระดับจังหวัด
- แต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ
- คัดเลือกพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ
- จัดทำเกียรติบัตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น ระดับจังหวัด
- ส่งผลการคัดเลือกและประเมินผลงานพร้อมเอกสารประกอบ
 ๑. พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น ระดับจังหวัด
 ๒. พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ ให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (ภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคมของทุกปี)
- มอบเกียรติบัตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น ระดับจังหวัด

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

- รวบรวมผลการคัดเลือกพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ
- จัดทำและมอบโล่เกียรติคุณพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ
- เยี่ยมเสริมพลังพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – อสว.) ดีเด่น

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) ดีเด่น

การประเมินพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) ดีเด่น มีการประเมิน
ใน 2 ส่วน คือ

การประเมินส่วนที่ 1 หลักเกณฑ์เบื้องต้นเกี่ยวกับคุณสมบัติเฉพาะตัวของพระคิลานุปัฏฐาก
(พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) ดีเด่น (100 คะแนน)

1. พระแข็งแรง (ร่างกาย - จิตใจ) พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย โดยมีเกณฑ์
ประกอบด้วย

- 1) การเป็นผู้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติของพระสงฆ์ที่สอดคล้อง
กับพระธรรมวินัย กิจวัตร 10 อย่างของพระสงฆ์
- 2) การเป็นแบบอย่างที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบอย่างที่ดีของพระสงฆ์ในวัด
- 3) มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 4) มีกิจกรรมร่วมกันภายในวัด
- 5) มีมนุษยสัมพันธ์และสัมพันธภาพที่ดีต่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์
- 6) พระภิกษุสามเณรในวัดมีทัศนคติที่ดีต่อการมีพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด
- อสว.) และการเสียสละเพื่อส่วนรวม

2. วัดมั่นคง (สังคม) ชุมชนและสังคมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย
โดยมีเกณฑ์ประกอบด้วย

- 1) เป็นแกนนำจัดกิจกรรมวัดส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพภายในวัด ชุมชน โดยชักชวนคณะ
สงฆ์ภายในวัด ชุมชน
- 2) กระบวนการในการสร้างศรัทธา ชักชวนเพื่อนบ้านให้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขภายในวัด
ให้การยอมรับ เชื่อมั่นในตนเองและผู้อื่น กระตือรือร้นและเสียสละ
- 3) การประสานงาน เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา มีความสามารถในการประสานงานให้การยอมรับภายในวัด
ชุมชน และมุ่งมั่นพัฒนาตนเองอยู่เสมอ

3. ชุมชนเป็นสุข (ปัญญา) บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม โดยมีเกณฑ์
ประกอบด้วย

- 1) วัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น วัด/ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนา วัดส่งเสริม
สุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ มีทักษะในการ
พัฒนาวัด ชุมชนแบบผสมผสาน
- 2) มีกลไกและเครือข่ายในการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน เช่น มีส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) โดยสร้างและบริหารเครือข่ายระดับวัด ตำบล อำเภอ
- 3) มีศูนย์ประสานงานพระคิลานุปัฏฐากและหลักประกันสุขภาพ เช่น มีศูนย์ประสานงานข้อมูล ภูมิสงฆ์
อาหาร กองทุนพระสงฆ์อาหาร เพื่อสนับสนุนงานสุขภาพพระสงฆ์ ชุมชน และมีผลงานเป็นที่ยอมรับ
ของคณะสงฆ์/ชุมชน

การประเมินส่วนที่ 2 เกณฑ์ความรู้ ความสามารถและทักษะประกอบด้วยเกณฑ์การให้คะแนน 5 ข้อหลัก 100 คะแนน ดังนี้

1. ความรู้ที่จำเป็นของพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) 6 ระดับ

- 1) ความรู้ (Knowledge)
- 2) ความเข้าใจ/ความคิดรวบยอด (Comprehension)
- 3) การนำไปปรับใช้ (Application)
- 4) การวิเคราะห์ (Analysis)
- 5) การสังเคราะห์/ทักษะความสามารถและทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจ (Synthesis)
- 6) การประเมินผล (Evaluation)

2. ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้เชิงเทคนิคและการบริหารจัดการของพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.)

- 1) การกำหนดเป้าหมายที่สะท้อนปัญหา
- 2) สื่อ อุปกรณ์ และการจัดกระบวนการเรียนรู้/กิจกรรม/โครงการ
- 3) มีการวิเคราะห์ตนเอง
- 4) การดูแลตรงกับเป้าหมาย พระสงฆ์ดูแลกันเองตามหลักพระธรรมวินัย
- 5) จัดกิจกรรมให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

3. ความสามารถในการบริหารจัดการอย่างบูรณาการ

- 1) มีแผนการบริหารจัดการแบบบูรณาการ
- 2) ใช้ประโยชน์จากกองทุนอย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพ
- 3) การใช้เทคโนโลยีในการบริหารจัดการ
- 4) มีโครงสร้างการดำเนินงาน การสร้างเครือข่าย การมีทีมงานที่หลากหลาย
- 5) มีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ

4. กิจกรรมของพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) ที่เข้ารับการคัดเลือก

(พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย, ชุมชนและสังคมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย, บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม)

- 1) มีกิจกรรมเป็นรูปธรรม วัดผลได้ จำแนกและกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 2) ดำเนินการตรงตามหลักวิชาการ และกำหนดบทบาทของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- 3) กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมและสร้างกิจกรรมเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน
- 4) ติดตามช่วยเหลือให้ข้อเสนออย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์สาเหตุ แก้ไขปัญหาที่สาเหตุ
- 5) ประเมินผล แล้วขยายผลการดำเนินงาน และมีการบันทึกผลงานเป็นรูปธรรม

5. ผลงาน ความสำเร็จ และสิ่งที่ภาคภูมิใจ

- 1) ปัญหาได้รับการแก้ไข และการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
- 2) พระสงฆ์ ชุมชนมีสุขภาพดี สัมพันธ์กับการลดลงของโรค
- 3) ระบุสาเหตุและจัดการสาเหตุแห่งปัญหาได้บรรลุผล
- 4) นวัตกรรมในการจัดการแก้ไขปัญหา
- 5) การยอมรับและมีมีส่วนร่วมของคณะสงฆ์ ชุมชนและสังคม รวมถึงการสนับสนุนชื่นชมยินดี

3. แนวทางการคัดเลือกและประเมินผลงานวัดส่งเสริมสุขภาพ ดีเด่น

ขั้นตอนและแนวทางการคัดเลือกและประเมินผลงานวัดส่งเสริมสุขภาพ ดีเด่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- พิจารณาคุณสมบัติเบื้องต้น (ต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานส้วม HAS)
- คัดเลือกและประเมินผลงานดีเด่น ระดับจังหวัด
- ส่งผลการคัดเลือกและประเมินผลงานดีเด่น ระดับจังหวัด ให้ศูนย์อนามัยเขต (ภายในวันที่ 30 มิถุนายนของทุกปี)

ศูนย์อนามัยเขต

- แต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกและประเมินผลงานดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ
- คัดเลือกและประเมินผลงานดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ 1 แห่ง/เขต
- จัดทำใบประกาศเกียรติคุณ ระดับจังหวัด
- ส่งผลการคัดเลือกและประเมินผลงานพร้อมเอกสารประกอบ ให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (ภายในวันที่ 31 กรกฎาคมของทุกปี)

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

- รวบรวมผลงานดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด
- จัดทำและมอบโล่เกียรติคุณวัดส่งเสริมสุขภาพ ระดับเขต
- เยี่ยมเสริมพลังวัดส่งเสริมสุขภาพที่เข้ารับการประเมิน

4. แนวทางการคัดเลือกและประเมินผลงานวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัตรอบรู้ด้านสุขภาพ ดีเด่น

ขั้นตอนและแนวทางการคัดเลือกและประเมินผลงานวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัตรอบรู้ด้านสุขภาพ ดีเด่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- พิจารณาคณะสมบัติเบื้องต้น (ต้องผ่านการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ส้วม HAS)
- คัดเลือกและประเมินผลงานดีเด่น ระดับจังหวัด
- ส่งผลการคัดเลือกและประเมินผลงานดีเด่น ระดับจังหวัด ให้ศูนย์อนามัยเขต (ภายในวันที่ 30 มิถุนายนของทุกปี)

ศูนย์อนามัยเขต

- แต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกและประเมินผลงานดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ
- คัดเลือกและประเมินผลงานดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ 1 แห่ง/เขต
- จัดทำใบประกาศเกียรติคุณ ระดับจังหวัด
- ส่งผลการคัดเลือกและประเมินผลงานพร้อมเอกสารประกอบ ให้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (ภายในวันที่ 31 กรกฎาคมของทุกปี)

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

- รวบรวมผลงานดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด
- จัดทำและมอบโล่เกียรติคุณวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัตรอบรู้ด้านสุขภาพ ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ
- เยี่ยมเสริมพลังวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัตรอบรู้ด้านสุขภาพที่เข้ารับการประเมิน

แนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้นำทางศาสนา

คำจำกัดความ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพ จะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น

การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูล พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในพื้นที่เป้าหมาย ที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมทั้งการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนของโรค และการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำทางศาสนา หมายถึง การจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้นำทางศาสนา ทั้ง 7 ด้าน

❖ พฤติกรรมสุขภาพของผู้นำทางศาสนา

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำทางศาสนาประกอบด้วย

1. ด้านทันตกรรม/การดูแลช่องปาก
2. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง
3. มีกิจกรรมทางกาย (เช่น การเดิน/บิณฑบาต/กวาดลานวัด/ทำความสะอาดศาสนสถาน/ทำสวน ฯลฯ) อย่างน้อยวันละ 30 นาที ตั้งแต่ 5 วันต่อสัปดาห์
4. ดื่ม/ฉี่น้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
5. ลด/หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชูกำลัง/ชา/กาแฟ/น้ำอัดลม
6. กิน/ฉี่ผักและผลไม้สด ได้วันละ 400 กรัมหรือ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 - 7 วันต่อสัปดาห์)
7. ไม่สูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่

หมายเหตุ :

ผ่านการประเมินทั้ง 7 ด้าน ถือว่าผ่านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

แนวทางการรวบรวมและวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้นำทางศาสนา

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ
ที่พึงประสงค์ของผู้นำทางศาสนา



ระบบข้อมูลศาสนาสถานส่งเสริมสุขภาพ
และผู้นำทางศาสนาด้านสุขภาพ



สำรวจโดยศูนย์อนามัยที่ 1 - 12
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง



รวบรวม วิเคราะห์
และสรุปผล



ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ



วิเคราะห์ สังเคราะห์
ถอดบทเรียน และสรุปผล



เผยแพร่ข้อมูล ขยายผลลงสู่พื้นที่
และประชาสัมพันธ์



ระบบข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กรมอนามัยให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผ่านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการข้อมูลและการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบัน กรมอนามัยได้พัฒนาระบบข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความเชื่อมโยงและครอบคลุมทุกมิติ โดยดำเนินการขับเคลื่อนผ่านระบบย่อยและแอปพลิเคชันในหลากหลายรูปแบบ รวมถึงเครื่องมือออนไลน์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) เป็นทั้งแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่และเว็บแอปพลิเคชัน ที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการคัดกรองและติดตามสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุสามารถประเมินสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถร่วมดำเนินการได้ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ระบบดังกล่าวยังสามารถจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีฟังก์ชันสำหรับบันทึกและจัดการข้อมูล ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลกลางของประเทศ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ชมรมผู้สูงอายุเผยแพร่ข่าวสารและกิจกรรมด้านสุขภาพได้อย่างกว้างขวาง

2) ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care: 3C) เป็นเว็บแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ ฟังก์ชันหลักของระบบประกอบด้วย การลงทะเบียนและบริหารจัดการข้อมูลบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community) ระบบสามารถบันทึกและแจ้งเตือนข้อมูลการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูศักยภาพ รวมทั้งกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีฟังก์ชันสำคัญสำหรับการจัดทำและบริหาร แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผ่านระบบออนไลน์ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีมาตรฐาน และเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพและผู้นำทางศาสนา (Health Religions) เป็นเว็บแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลกลางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในศาสนสถานทั่วประเทศ ครอบคลุมศาสนาหลัก ได้แก่ ศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม ระบบมีฟังก์ชันหลักในการ ลงทะเบียน ผู้นำทางศาสนา ที่ผ่านการอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การ ประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด การ บันทึกกิจกรรมด้านสุขภาพ ที่ผู้นำทางศาสนาดำเนินการในชุมชน และการ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาและติดตามผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในมิติศาสนาอย่างเป็นระบบ



4) ระบบข้อมูลชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Communities) เป็นเว็บแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสมัครเข้ารับการประเมินและรับรองชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 8 องค์ประกอบ โดยระบบจะเริ่มนำมาใช้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ฟังก์ชันหลักของระบบประกอบด้วย การลงทะเบียนและติดตามสถานะการประเมิน การแสดงรายงานผลการดำเนินงาน การจัดเก็บคลังความรู้ และช่องทางประชาสัมพันธ์ข่าวสารหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ระบบยังได้เชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ใช้งานกับระบบ “เมืองสุขภาพดี (Healthy City Thailand)” เพื่อให้เกิดการบูรณาการข้อมูลและการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

5) ระบบรายงานข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Aging Data Profile) พัฒนาขึ้นในรูปแบบรายงานสารสนเทศ (Dashboard) เพื่อเป็นเครื่องมือกลางในการรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลด้านผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งสถานการณ์ประชากร พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลระยะยาว (LTC) สิ่งแวดล้อมและชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ตลอดจนข้อมูลบุคลากรและเครือข่ายการดูแลในทุกกระดับ ข้อมูลมาจากหลายแหล่ง เช่น HDC, ระบบ 3C, Blue Book Application, สปสช. และกรมการปกครอง ระบบนำเสนอข้อมูลผ่าน Analytic Dashboard ในรูปแบบกราฟ แผนที่ และตัวชี้วัด จำแนกตามระดับพื้นที่ (ประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด) เพื่อใช้ในการวางแผน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการปรับปรุงข้อมูลทุกสิ้นเดือน ให้ข้อมูลถูกต้อง ทันสมัย และสอดคล้องกับสถานการณ์จริง





ระบบข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ โดย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย



1. Blue Book Application

ระบบข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ กลุ่ม Active aging

<https://bluebook.anamai.moph.go.th/>



01 การคัดกรองผู้สูงอายุ



02 Wellness Plan



03 ชรรมผู้สูงอายุ



2. Long-term care (3C) กรมอนามัย

ระบบข้อมูลการดูแล ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน

<https://ltc.anamai.moph.go.th/>



3. Health Religions Setting

ระบบข้อมูลศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ

- 3.1 ทะเบียนผู้นำทางศาสนา
- 3.2 ประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ
- 3.3 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 3.4 สสำรวจพฤติกรรมพึงประสงค์

<https://healthreligions.anamai.moph.go.th/>

ระบบย่อย ประกอบด้วย



Health Temple

ระบบข้อมูลวัดส่งเสริมสุขภาพ
และพระคิลานุปัฏฐาก

<https://healthtemple.anamai.moph.go.th/>



Health Masjid

ระบบมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ

<https://healthmasjid.anamai.moph.go.th/>



Health Church

ระบบโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ

(อยู่ระหว่างพัฒนา)



4. Aged-Friendly Community

Summary report

ระบบข้อมูลชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุและผู้พิการ

- 4.1 การประเมิน 8 องค์ประกอบ
- 4.2 พื้นที่ต้นแบบ / รายงาน

<https://afc.anamai.moph.go.th>



5. Aging Data Profile

Summary report

ระบบรายงานข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

<https://sites.google.com/view/agingdatapofile>



Aging Data Profile: ระบบรายงานข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1. การรายงานข้อมูล Aging Data Profile

ในปัจจุบัน ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ส่งผลให้การจัดการข้อมูลและสารสนเทศด้านผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการเชิงนโยบาย และการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ในฐานะหน่วยงานหลักด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศ ได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบข้อมูลที่สามารถสะท้อนสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุของประเทศได้อย่างเป็นระบบ ทันสมัย และนำข้อมูลที่อยู่ภายใต้ภารกิจของหน่วยงานมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อให้การตัดสินใจเชิงนโยบายมีข้อมูลสนับสนุนที่ถูกต้องครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน

ระบบ Aging Data Profile จึงถูกพัฒนาขึ้นในรูปแบบของรายงานสารสนเทศ (Dashboard) เพื่อเป็นเครื่องมือกลางในการรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลสำคัญที่อยู่ภายใต้ภารกิจหลักของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ครอบคลุมทั้งด้านสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) รวมถึงการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมและชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly Community) ตลอดจนข้อมูลด้านบุคลากรและเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในทุก ระดับ เพื่อให้เห็นภาพรวมของระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างเป็นองค์รวม

ระบบรายงานดังกล่าวได้รับการออกแบบให้มีความยืดหยุ่น รองรับการปรับปรุงและเพิ่มเติมข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการปรับปรุงและอัปเดตข้อมูลในทุกสิ้นเดือน เพื่อให้หน่วยงานส่วนกลางและพื้นที่สามารถใช้อ้างอิงข้อมูลที่มีความถูกต้อง ทันสมัย และสอดคล้องกับสถานการณ์จริงในขณะนั้นได้อย่างต่อเนื่อง แหล่งข้อมูลหลักของระบบจะใช้เป็นข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ระบบ Long Term Care (3C) ระบบสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) รวมถึงฐานข้อมูลจากหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมการปกครอง เป็นต้น เพื่อสนับสนุนการบูรณาการข้อมูลและการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ลักษณะการนำเสนอข้อมูลของระบบ Aging Data Profile ใช้การรายงาน Dashboard เชิงวิเคราะห์ (Analytic Dashboard) ที่สามารถแสดงผลในรูปแบบกราฟ แผนที่เชิงพื้นที่ และตัวชี้วัด (Key Indicators) โดยจำแนกข้อมูลตามระดับพื้นที่ ได้แก่ ประเทศ เขตสุขภาพ และจังหวัด เพื่อให้ผู้บริหารและปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในหลายระดับ ทั้งการกำหนดนโยบาย การวางแผนยุทธศาสตร์ การติดตามประเมินผล ตลอดจนการสื่อสารสาธารณะและการรายงานต่อคณะกรรมการระดับชาติที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้การรายงานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันแล้ว ยังมีข้อมูลย้อนหลังของแต่ละข้อมูลอีกด้วย เพื่อประโยชน์สำหรับการดูแนวโน้มของข้อมูล และสามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์ได้ในอนาคต

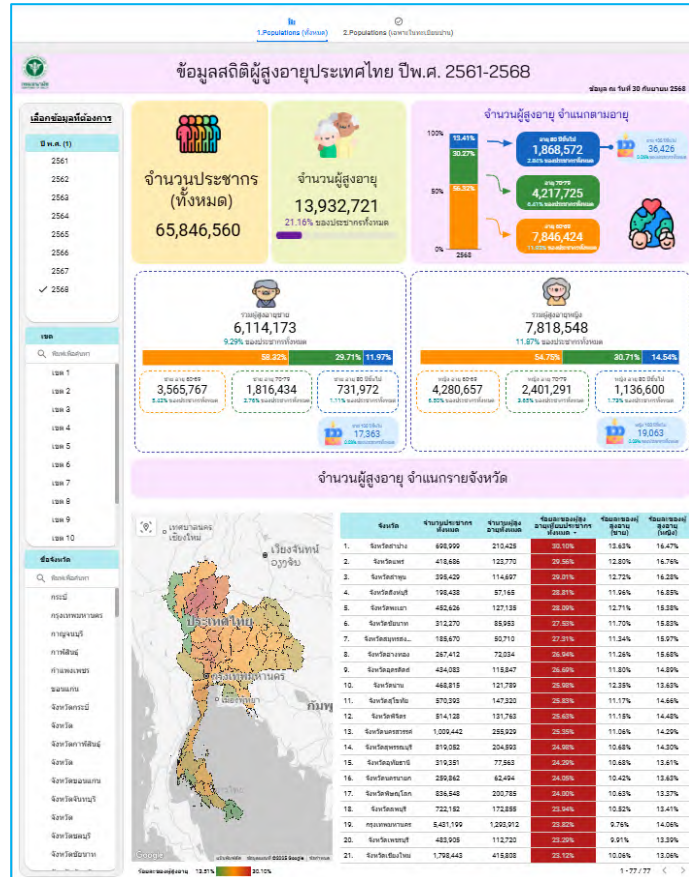
นอกจากนี้ ระบบยังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้มีความครอบคลุมยิ่งขึ้น ทั้งในด้านคุณภาพของข้อมูล การออกแบบให้เป็นมิตรกับผู้ใช้ (User Friendly) และการขยายชุดข้อมูลใหม่ที่ตอบสนองต่อประเด็นท้าทายด้านสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต เช่น สภาวะสุขภาพ สถานการณ์โรค NCDs ตลอดจนดัชนีชี้วัดสังคมสูงวัยในมิติใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะของประเทศ

ระบบ Aging Data Profile จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ให้มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายที่แม่นยำมากขึ้น โดยระบบ Aging Data Profile ประกอบไปด้วยการรายงานข้อมูล ดังนี้



1.1 รายงานสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย

รายงานที่แสดงข้อมูลเชิงสถิติและแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยจำแนกตามช่วงอายุของผู้สูงอายุ เพศ จังหวัด เขตสุขภาพ และกลุ่มลักษณะทางประชากรอื่น ๆ เพื่อสะท้อนภาพรวมของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ข้อมูลดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำคัญในการวางแผนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลระยะยาว และการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ อีกทั้งยังเป็นข้อมูลสำคัญในการคาดการณ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคมสูงวัย (Ageing Projection) เพื่อใช้ประกอบการกำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศอย่างยั่งยืน

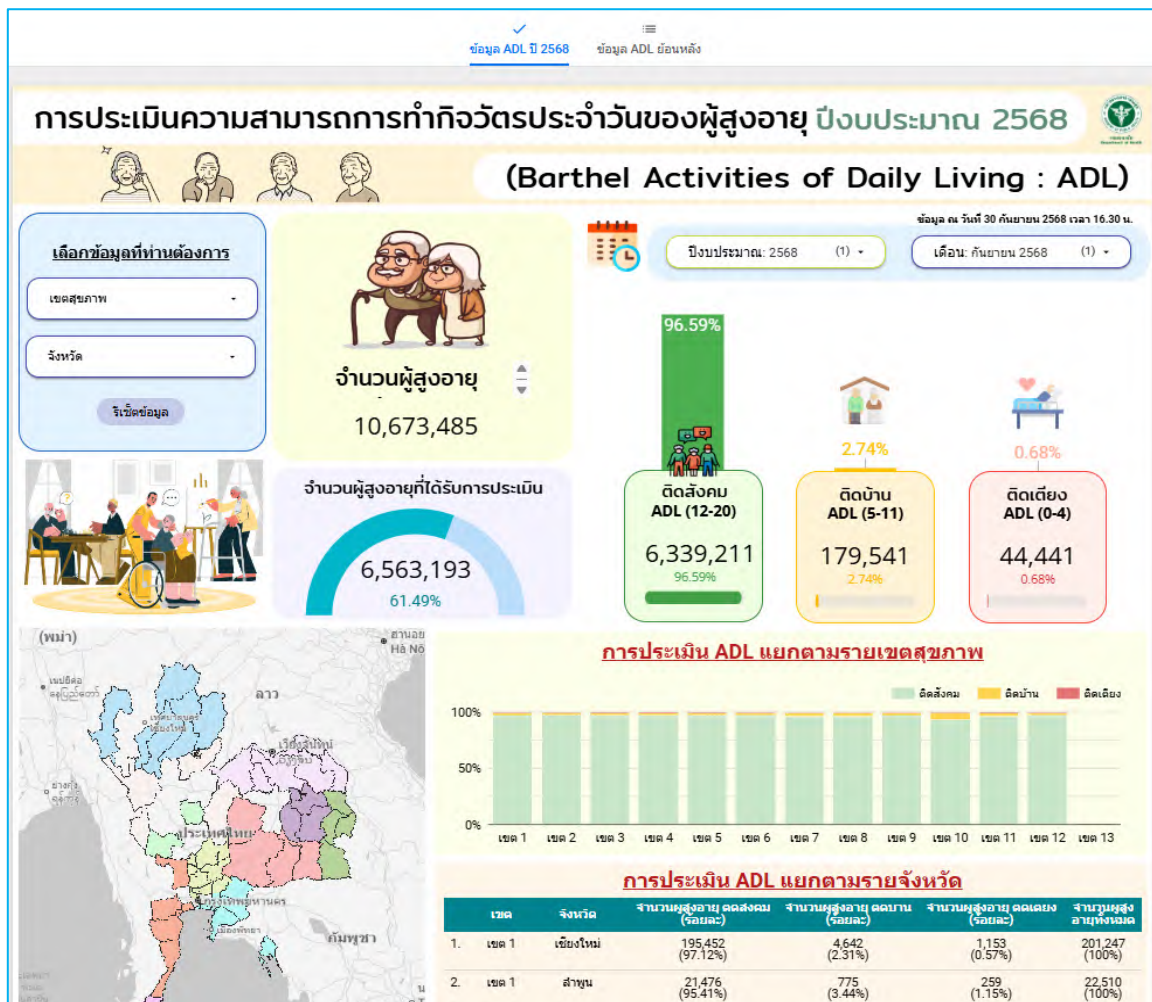


แหล่งข้อมูลที่ใช้จัดทำรายงาน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2568). สถิติประชากรและบ้านตามทะเบียนราษฎร แยกตามช่วงอายุ(รายเดือน). เข้าถึงได้จาก https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByAgeMonth.php



1.2 รายงานการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

รายงานที่แสดงข้อมูลผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตามแบบประเมิน Barthel ADL ซึ่งใช้เป็นมาตรฐานกลางในการจำแนกระดับความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงภาวะพึ่งพิง และความจำเป็นในการได้รับการดูแลระยะยาว (Long Term Care) โดยจำแนกผลการประเมินออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มติดสังคม (คะแนน 12–20 คะแนน) กลุ่มติดบ้าน (คะแนน 5–11 คะแนน) และกลุ่มติดเตียง (คะแนนต่ำกว่า 5 คะแนน) เพื่อใช้ในการวางแผนจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ข้อมูลดังกล่าวยังเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการติดตามแนวโน้มภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในระดับประเทศและระดับพื้นที่ รวมถึงใช้ประกอบการประเมินผลการดำเนินงานของระบบการดูแลระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุข



แหล่งข้อมูลที่ใช้จัดทำรายงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) รายงานผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL). เข้าถึงได้จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report->



detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51 (รายงานมาตรฐาน>ส่งเสริมป้องกัน>การคัดกรอง > 12. จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน)

1.3 รายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน

รายงานที่แสดงผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกรมอนามัย โดยจะช่วยประเมินสุขภาพและค้นหาปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเบื้องต้น เพื่อนำไปสู่การบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มาใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลรักษา ตลอดจนฟื้นฟูสุขภาพ ที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงประเด็น ซึ่งประกอบด้วย

ด้านที่ 1 การมองเห็น

ด้านที่ 2 การกลืนปัสสาวะ

ด้านที่ 3 การได้ยิน

ด้านที่ 4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ด้านที่ 5 ความคิดความจำ

ด้านที่ 6 ภาวะซึมเศร้า(2Q)

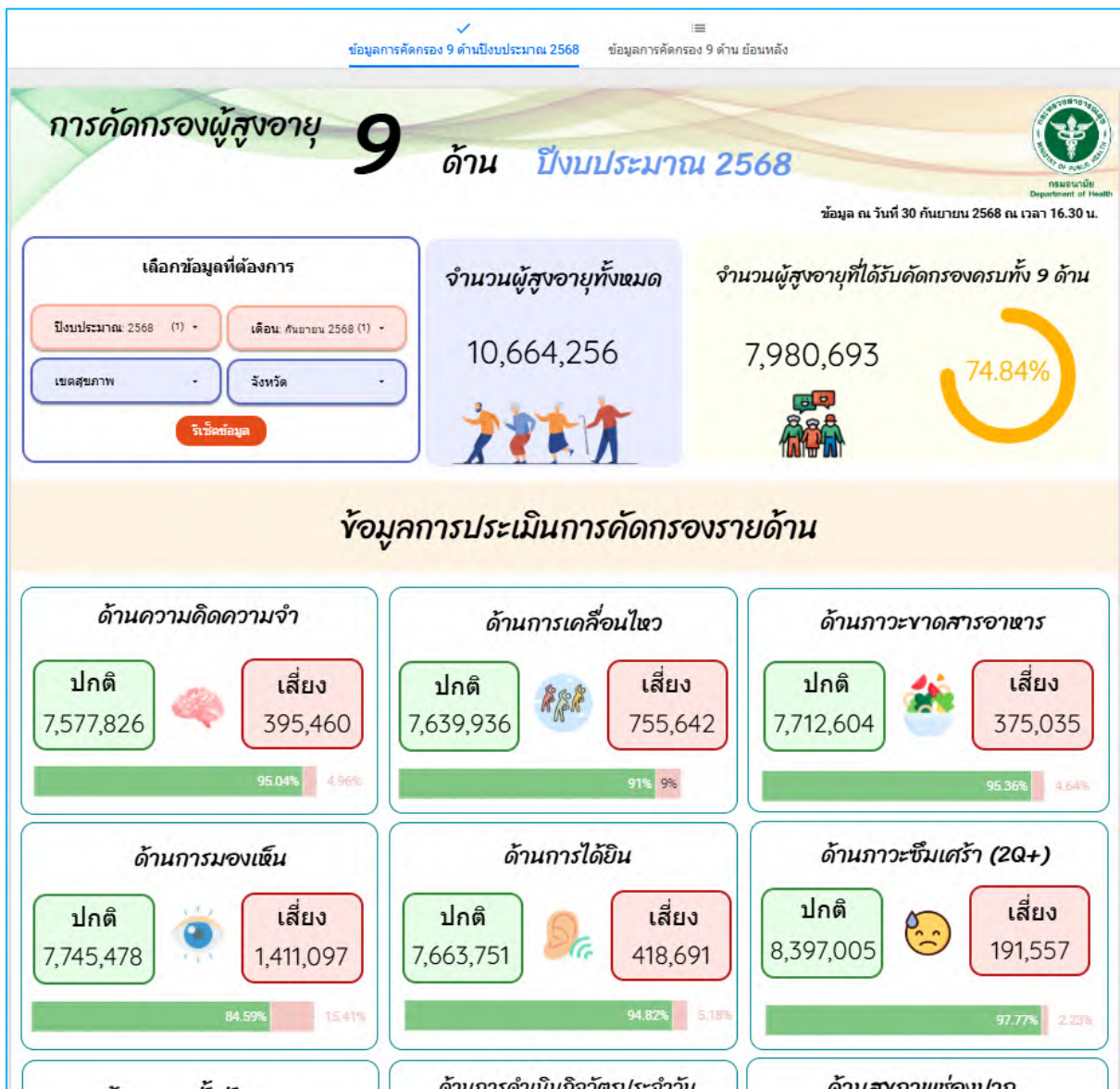
ด้านที่ 7 การเคลื่อนไหว

ด้านที่ 8 สุขภาพช่องปาก

ด้านที่ 9 ภาวะขาดสารอาหาร

โดยข้อมูลดังกล่าวจัดเก็บจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ผ่านหน่วยบริการสาธารณสุขและเครือข่ายภาคีในชุมชน เพื่อใช้ประเมินสถานะสุขภาพในเชิงป้องกันและเฝ้าระวัง รวมทั้งเป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนจัดบริการสุขภาพ การดูแลต่อเนื่อง และการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของแต่ละพื้นที่ ข้อมูลนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการติดตามแนวโน้มสุขภาพและประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระดับประเทศ





แหล่งข้อมูลที่ใช้จัดทำรายงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) รายงานผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL). เข้าถึงได้จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151> (รายงานมาตรฐาน>ส่งเสริมป้องกัน>การคัดกรอง > 13. การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1))



1.4 รายงานการจัดทำแผนสุขภาพดี (Wellness Plan)

รายงานที่แสดงข้อมูลการจัดทำแผนสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ (Wellness Plan) ซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการประเมินสุขภาพของตนเอง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในชุมชน เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ และบริบทชีวิต ข้อมูลในรายงานนี้สะท้อนถึงความครอบคลุมของการจัดทำแผนสุขภาพดีในระดับพื้นที่ ทั้งในด้านจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการจัดทำแผนสุขภาพดี และด้านความต่อเนื่องในการติดตามผลการดำเนินงาน

การจัดทำแผนสุขภาพดีเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้แนวคิด “การสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ (Healthy Ageing)” โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพึ่งพิง และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว รายงานนี้จึงเป็นข้อมูลหลักในการติดตามความก้าวหน้าและประสิทธิผลของการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกรมอนามัยในภาพรวมของประเทศ



แหล่งข้อมูลที่ใช้จัดทำรายงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). รายงานข้อมูลแผนส่งเสริมสุขภาพดีจากโปรแกรมสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application). เข้าถึงได้จาก <https://bluebook.anamai.moph.go.th>



1.5 รายงานข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาว (Long Term Care :LTC)

รายงานที่แสดงข้อมูลจำนวนและคุณลักษณะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ทั้งในระดับเขตสุขภาพ และจังหวัด ข้อมูลจะประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรหลัก ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ผู้ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community: CC) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง รวมถึงรายงานข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อีกด้วย



ข้อมูลในรายงานนี้สะท้อนถึงความเพียงพอของกำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุ การกระจายตัวของบุคลากรในพื้นที่ การผ่านการอบรมตามมาตรฐานของกรมอนามัย ตลอดจนความก้าวหน้าในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุของประเทศ รายงานดังกล่าวสามารถใช้ประกอบการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์เพื่อเสริมสร้างระบบบริการดูแลระยะยาวที่มีคุณภาพและยั่งยืน โดยเฉพาะในบริบทของการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย



แหล่งข้อมูลที่ใช้จัดทำรายงาน

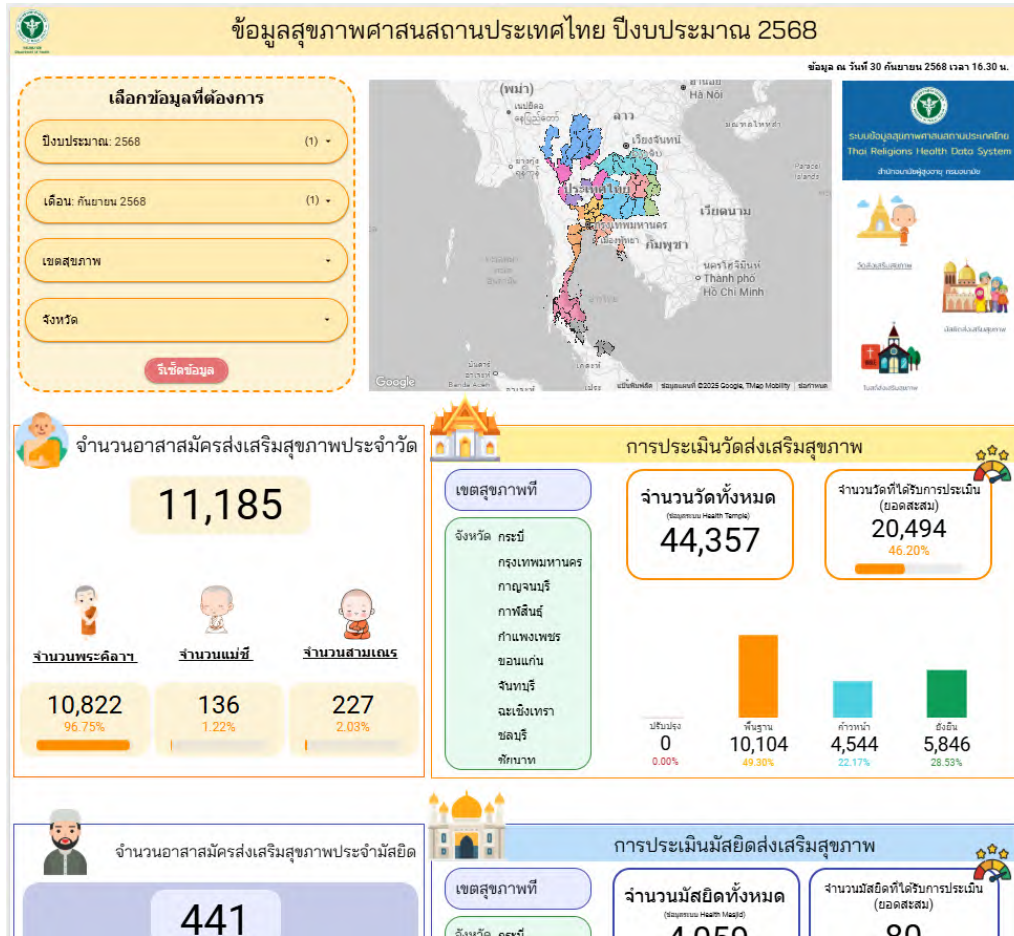
1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care : 3C). เข้าถึงได้จาก <https://ltc.anamai.moph.go.th>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2568). ข้อมูลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าถึงระบบบริการและได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC).

1.6 รายงานข้อมูลผู้นำทางศาสนาและศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ

รายงานที่แสดงข้อมูลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้นำทางศาสนาและศาสนสถานในประเทศไทย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพเชิงพื้นที่ โดยมุ่งเน้นให้ศาสนสถานเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ การปฏิบัติ และการเผยแพร่แนวทางการดำเนินชีวิตอย่างถูกสุขลักษณะสอดคล้องกับหลักศาสนาและวิถีชุมชน ข้อมูลในรายงานนี้ประกอบด้วยจำนวนและร้อยละของศาสนสถานที่ได้รับการพัฒนาให้เป็นศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนผู้นำทางศาสนาที่ผ่านการอบรมตามมาตรฐานของกรมอนามัย

รายงานดังกล่าวสะท้อนความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคศาสนา และชุมชนท้องถิ่น ในการบูรณาการแนวคิด “สุขภาวะองค์รวม” ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้นำทางศาสนาและศาสนสถานมีบทบาทเป็น “ต้นแบบแห่งสุขภาวะ” ที่สามารถขยายผลไปสู่ชุมชนรอบข้าง และเป็นส่วนหนึ่งของระบบสนับสนุนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของประเทศ





แหล่งข้อมูลที่ใช้จัดทำรายงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568).ระบบข้อมูลสุขภาพศาสนสถานประเทศไทย (Thai Religions Health Data System). เข้าถึงได้จาก <https://healthreligions.anamai.moph.go.th>

1.7 รายงานข้อมูลชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age – Friendly Communities : AFC)

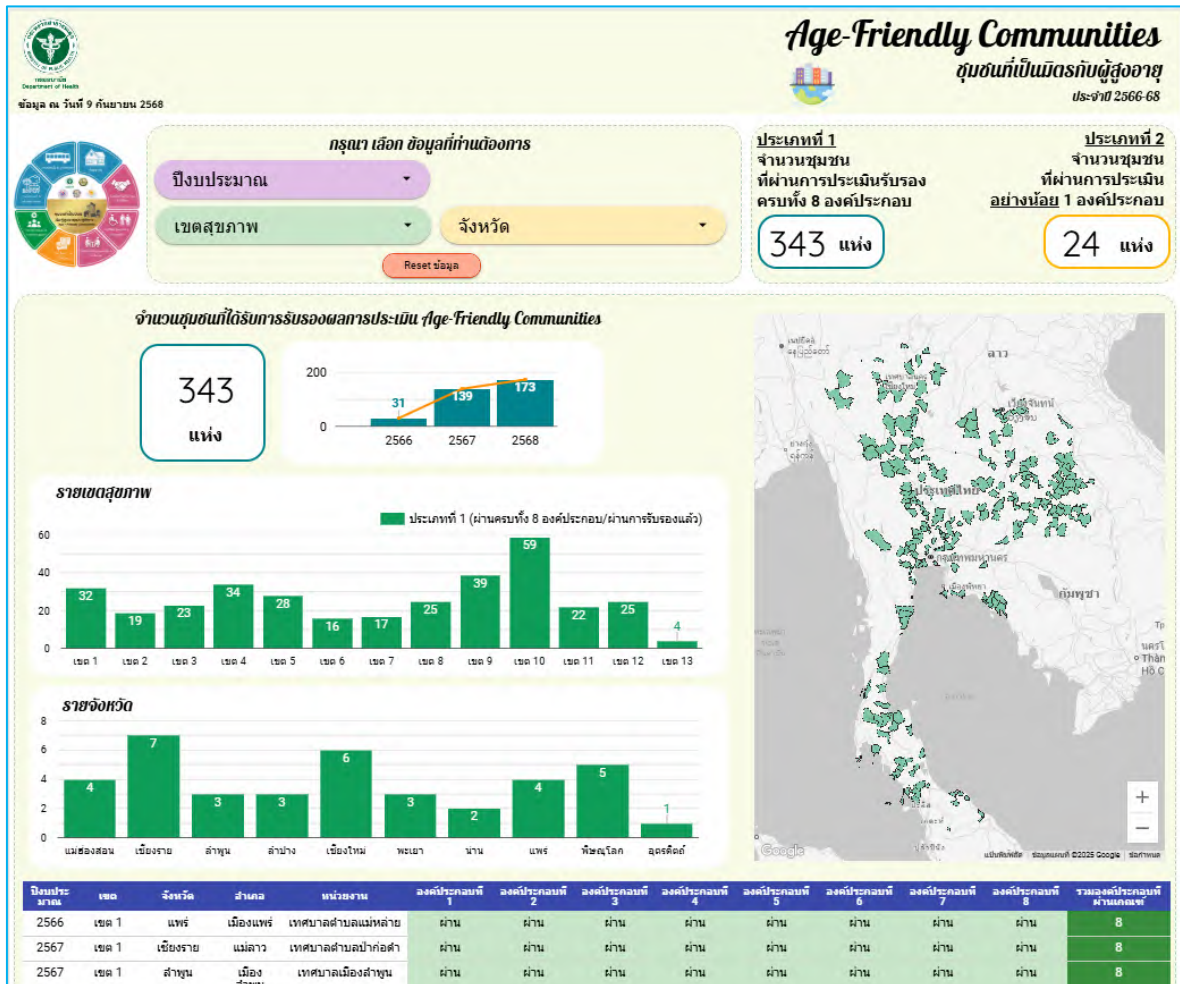
รายงานที่แสดงผลการดำเนินงานพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Communities : AFC) ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกาย สังคม และบริการที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตที่ดี รายงานดังกล่าวประกอบด้วยข้อมูลพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาเป็นชุมชนหรือองค์กรที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ระดับความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย



แนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ

การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นกระบวนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในชุมชนของตนเองได้อย่างปลอดภัย มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีการเข้าถึงบริการพื้นฐาน และมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมอย่างต่อเนื่อง รายงานนี้จึงเป็นข้อมูลสำคัญในการติดตามความก้าวหน้าของพื้นที่ต้นแบบและการขยายผลการดำเนินงาน “ชุมชน/องค์กรที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” ทั่วประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับแนวนโยบาย “สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ” และกรอบการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกด้านเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (WHO Age-Friendly Cities and Communities Framework)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้พัฒนาและเปิดใช้งาน ระบบข้อมูลชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AFC Information System) อย่างเป็นทางการ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลกลางในการรวบรวม วิเคราะห์ และรายงานผลการดำเนินงานของพื้นที่ทั่วประเทศ ที่สามารถแสดงผลได้แบบเรียลไทม์ ช่วยให้การติดตาม วางแผนพัฒนาพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

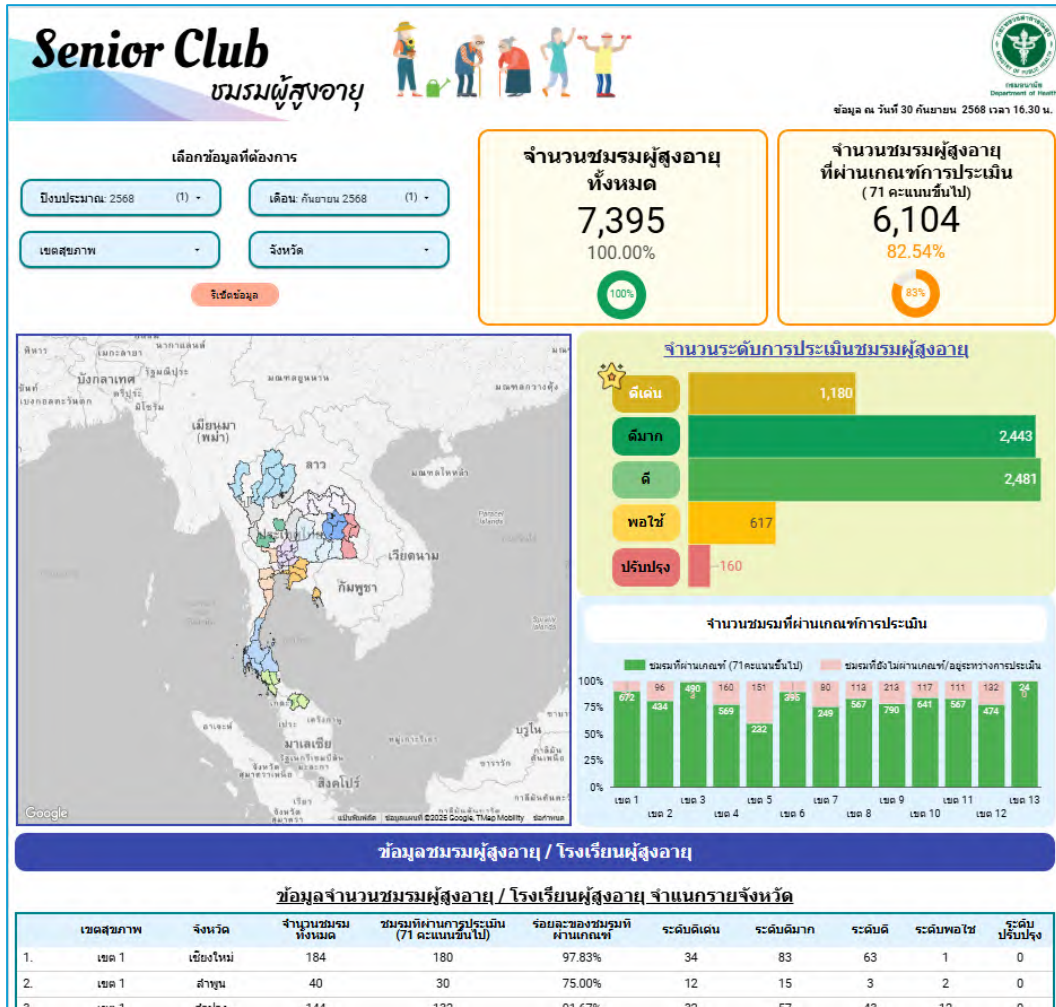


แหล่งข้อมูลที่ใช้จัดทำรายงาน สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ข้อมูลการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Communities: AFC) จัดเก็บโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ



1.8 รายงานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ

รายงานที่แสดงข้อมูลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมทางสังคม การดูแลสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง รายงานดังกล่าวประกอบด้วยข้อมูลจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นตามพื้นที่ ระดับการพัฒนาและการขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ของกรมอนามัย จำนวนสมาชิกผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนประเภทกิจกรรมด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และการช่วยเหลือสังคมที่ชมรมดำเนินการเป็นประจำ



ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ และเป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการส่งเสริม “สังคมผู้สูงอายุที่มีพลัง (Active Ageing Society)” โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพของตนในการสร้างประโยชน์ต่อชุมชน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุข รายงานนี้ยังสนับสนุนการติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในมิติด้านสังคมและจิตใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

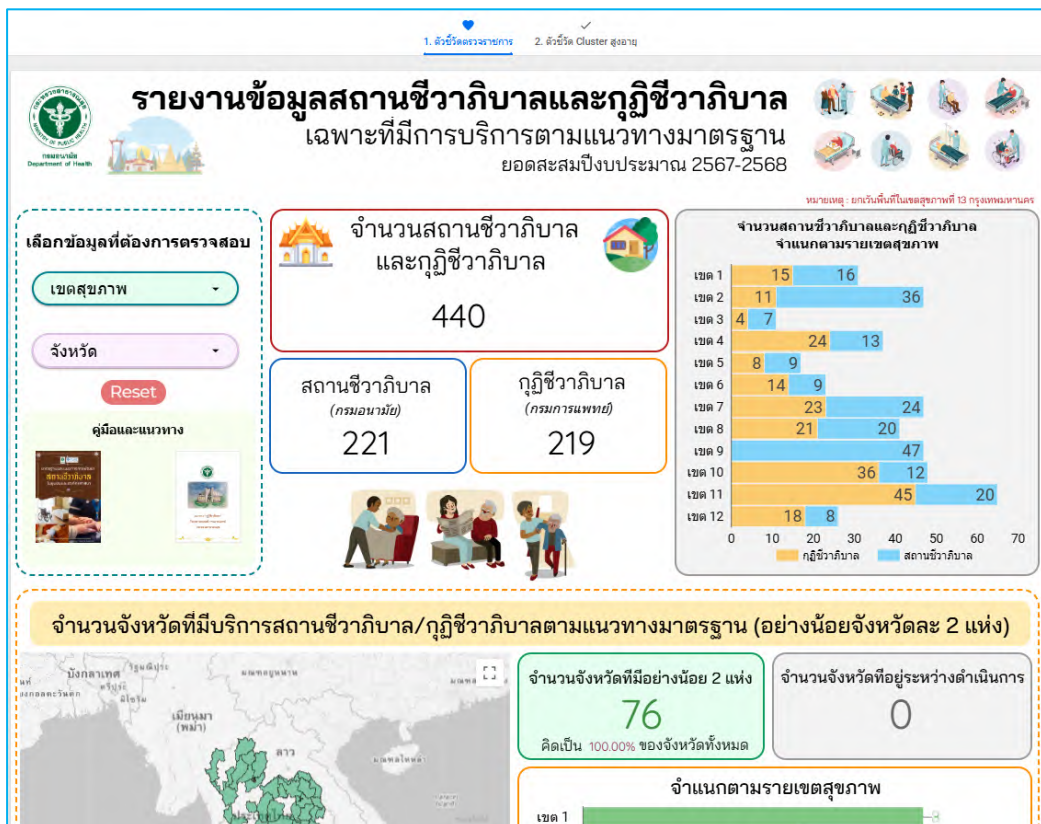
แหล่งข้อมูลที่ใช้จัดทำรายงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). รายงานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุจากโปรแกรมสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application). เข้าถึงได้จาก <https://bluebook.anamai.moph.go.th>



1.9 รายงานข้อมูลสถานชิวาภิบาล

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 ในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกมิติด้านสุขภาพ การป้องกันโรค รวมถึงการดูแลรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อเป้าหมาย " ประชาชนคนไทยสุขภาพดี ประเทศไทยสุขภาพดี " การจัดตั้งสถานชิวาภิบาล เป็นหนึ่งในนโยบายมุ่งเน้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบ Long Term Care ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ชุมชน โดยไม่ถูกทอดทิ้งไว้เพียงลำพัง ลูกหลานสามารถทำมาหาเลี้ยงชีพได้ตามปกติ อันเป็นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วนับจนวาระสุดท้ายของชีวิต

รายงานนี้จะแสดงข้อมูลสถานที่จัดตั้งและบริการการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วยที่นับจนวาระสุดท้ายของชีวิต (สถานชิวาภิบาลตามมาตรฐานของกรมอนามัยและกฏีชิวาภิบาล) ซึ่งหมายถึงการจัดสภาพแวดล้อมทางกาย จิตใจ และสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข รายงานดังกล่าวประกอบด้วยข้อมูลจำนวนสถานชิวาภิบาลที่จัดตั้งและผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย ประเภทของสถานบริการ รวมถึงข้อมูลความครอบคลุมเชิงพื้นที่ทั่วประเทศ โดยสามารถจำแนกได้ตามเขตสุขภาพ และจังหวัด เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และติดตามความก้าวหน้าของในแต่ละพื้นที่



แหล่งข้อมูลที่ใช้จัดทำรายงาน สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568).

ข้อมูลสถานชิวาภิบาลและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จัดเก็บโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ



2. คำอธิบายหลักการรายงานข้อมูล หรือ รอบการรายงานข้อมูล (Data Update Schedule)

เพื่อให้ข้อมูลในระบบ Aging Data Profile มีความถูกต้อง ทันสมัย และสามารถสะท้อนสถานการณ์จริงได้อย่างต่อเนื่อง สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้กำหนดรอบการตัดข้อมูล (Data Cut-off Date) และเผยแพร่รายงานข้อมูลเป็นประจำทุกเดือน โดยมีหลักการดังนี้

การรายงานข้อมูลในระบบจะอ้างอิงข้อมูลของเดือนก่อนหน้า โดยตัดข้อมูลสิ้นเดือนของทุกเดือน และดำเนินการอัปเดตขึ้นระบบ Aging Data Profile ภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน เพื่อรายงานข้อมูลของเดือนก่อนหน้า ตัวอย่างเช่น

- รายงานข้อมูลเดือนสิงหาคม จะทำการตัดข้อมูลภายในวันที่ 31 สิงหาคม และขึ้นระบบ Aging Data Profile ภายในวันที่ 5 กันยายน
- รายงานข้อมูลเดือนกันยายน จะทำการตัดข้อมูลภายในวันที่ 30 กันยายน และขึ้นระบบ Aging Data Profile ภายในวันที่ 5 ตุลาคม

หลังจากการตัดข้อมูลในแต่ละเดือนแล้ว ระบบจะดำเนินการตรวจสอบและประมวลผลข้อมูล เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าดูรายงานได้ตั้งแต่วันที่ 6 ของเดือนถัดไปเป็นต้นไป ผ่านระบบรายงานของ Aging Data Profile แนวทางดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถติดตามข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างต่อเนื่อง ด้วยข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และเป็นปัจจุบันในทุกช่วงเวลา ทั้งนี้ รอบการอัปเดตข้อมูลดังกล่าวยังช่วยสนับสนุนการจัดทำรายงานสรุปเชิงบริหาร และการวางแผนเชิงนโยบายของกรมอนามัยและหน่วยงานในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยรอบการรายงานข้อมูล ดังนี้

รอบการรายงานข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

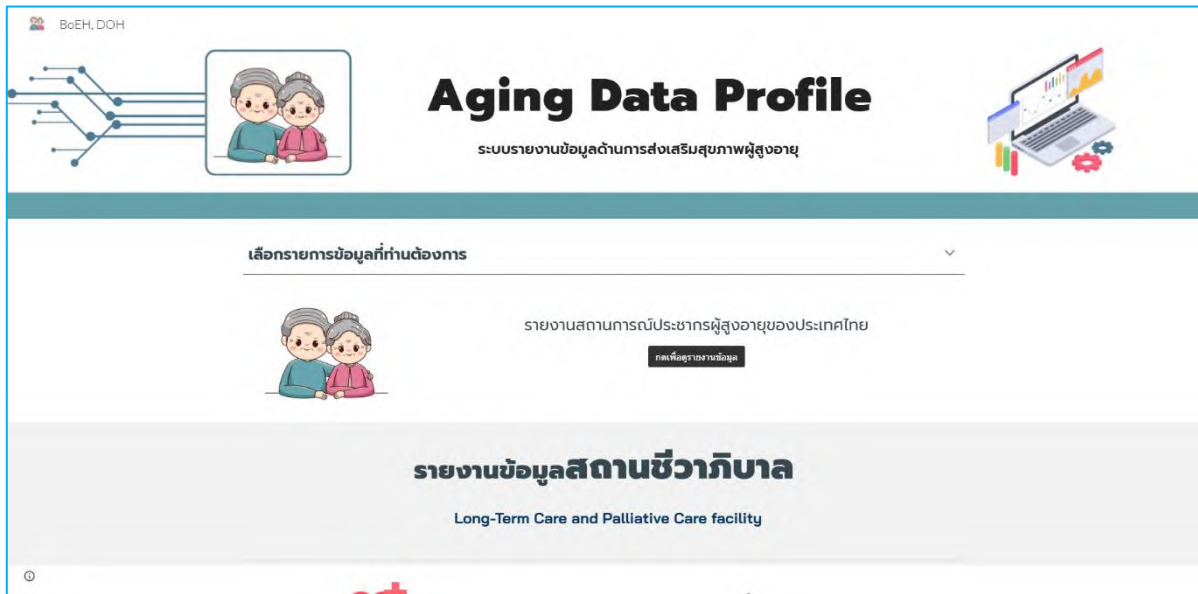
ลำดับ	เดือนของข้อมูลที่รายงาน	วันที่ตัดข้อมูล (Cut-off Date)	วันที่อัปเดตรายงาน	วันที่เผยแพร่รายงานบนระบบ
1	ตุลาคม 2568	31 ตุลาคม 2568	5 พฤศจิกายน 2568	ตั้งแต่วันที่ 6 พฤศจิกายน 2568
2	พฤศจิกายน 2568	30 พฤศจิกายน 2568	5 ธันวาคม 2568	ตั้งแต่วันที่ 6 ธันวาคม 2568
3	ธันวาคม 2568	31 ธันวาคม 2568	5 มกราคม 2569	ตั้งแต่วันที่ 6 มกราคม 2569
4	มกราคม 2569	31 มกราคม 2569	5 กุมภาพันธ์ 2569	ตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2569
5	กุมภาพันธ์ 2569	28 กุมภาพันธ์ 2569	5 มีนาคม 2569	ตั้งแต่วันที่ 6 มีนาคม 2569
6	มีนาคม 2569	31 มีนาคม 2569	5 เมษายน 2569	ตั้งแต่วันที่ 6 เมษายน 2569
7	เมษายน 2569	30 เมษายน 2569	5 พฤษภาคม 2569	ตั้งแต่วันที่ 6 พฤษภาคม 2569
8	พฤษภาคม 2569	31 พฤษภาคม 2569	5 มิถุนายน 2569	ตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน 2569
9	มิถุนายน 2569	30 มิถุนายน 2569	5 กรกฎาคม 2569	ตั้งแต่วันที่ 6 กรกฎาคม 2569
10	กรกฎาคม 2569	31 กรกฎาคม 2569	5 สิงหาคม 2569	ตั้งแต่วันที่ 6 สิงหาคม 2569
11	สิงหาคม 2569	31 สิงหาคม 2569	5 กันยายน 2569	ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน 2569
12	กันยายน 2569	30 กันยายน 2569	5 ตุลาคม 2569	ตั้งแต่วันที่ 6 ตุลาคม 2569

หมายเหตุ : การรายงานข้อมูลอาจจะล่าช้าได้ในบางข้อมูลจากสาเหตุปัญหาด้านเทคนิคของโปรแกรมของแต่ละแหล่งข้อมูล



3. การเข้าถึงระบบรายงานข้อมูล Aging Data Profile

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้พัฒนาระบบรายงานข้อมูล Aging Data Profile เพื่อให้หน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขสามารถเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศด้านผู้สูงอายุได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และเป็นปัจจุบัน โดยระบบดังกล่าวจัดทำขึ้นในรูปแบบเว็บไซต์ออนไลน์ ที่สามารถเข้าใช้งานได้ทุกที่ ทุกเวลา ผ่านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หรือโทรศัพท์มือถือที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้



สามารถเข้าถึงระบบได้ที่ <https://sites.google.com/view/agingdatapofile>

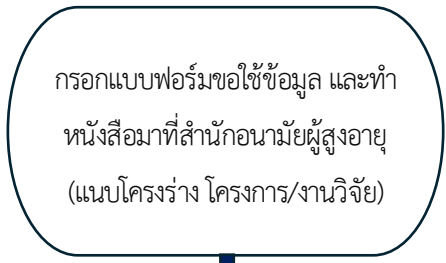



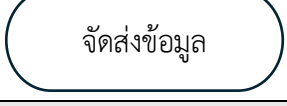


แนวทางการขอใช้บริการข้อมูลและเครื่องมือพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ ระบบข้อมูล และเครื่องมือด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการกำหนดนโยบาย การวางแผนยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานเชิงพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการข้อมูล การใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสม และการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การใช้ข้อมูลและเครื่องมือดังกล่าวเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน มีความโปร่งใส และคำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ สำนักอนามัยผู้สูงอายุจึงได้จัดทำแนวทางการขอใช้บริการข้อมูลและเครื่องมือพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ ขั้นตอน และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับหน่วยงาน บุคลากร และผู้สนใจที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลและเครื่องมือได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม คำนึงถึงจริยธรรมในการใช้ข้อมูล และเป็นกลไกเสริมให้การใช้ข้อมูลและเครื่องมือพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในมิติการวิชาการ การวิจัย การกำหนดนโยบาย และการปฏิบัติการในพื้นที่ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยให้มีสุขภาวะที่ดี โดยกระบวนการขอใช้บริการข้อมูลและเครื่องมือพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ มีดังนี้

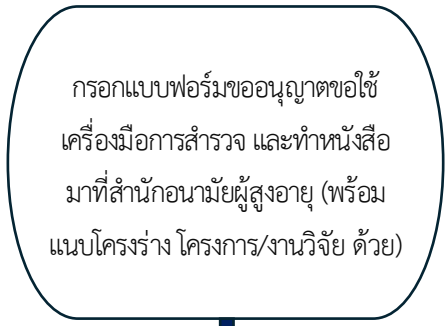

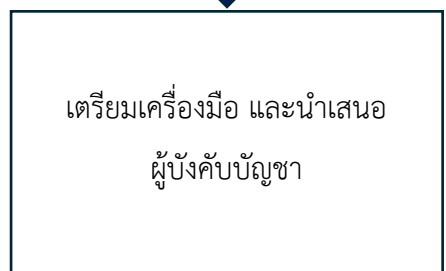

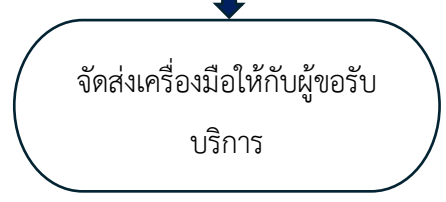


1. กระบวนการขอรับบริการข้อมูล สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

ลำดับ	ผังกระบวนการ	รายละเอียด	ระยะเวลา ดำเนินการ
1		ผู้ขอรับบริการข้อมูล ดำเนินการ - กรอกแบบฟอร์มแบบคำขอใช้บริการข้อมูลหรือเครื่องมือ - ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ - แนบโครงร่าง โครงการ/งานวิจัย (ถ้ามี)	1 - 2 วันทำการ
2		เจ้าหน้าที่สำนักอนามัยผู้สูงอายุรับหนังสือ และเสนอต่อผู้อำนวยการเพื่อพิจารณาให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ	
3		- จัดหาข้อมูล ค้นหา และรวบรวมข้อมูลสถิติตามความประสงค์ของผู้ขอรับบริการ - ร่างหนังสือนำเสนอ	5 - 7 วันทำการ
4		ผู้อำนวยการพิจารณา และลงนามอนุมัติข้อมูลนำเสนอ	1 - 2 วันทำการ
5		ดำเนินการส่งข้อมูลให้กับผู้ขอรับบริการ	1 - 2 วันทำการ
รวมระยะเวลาทั้งหมด			ไม่เกิน 14 วันทำการ



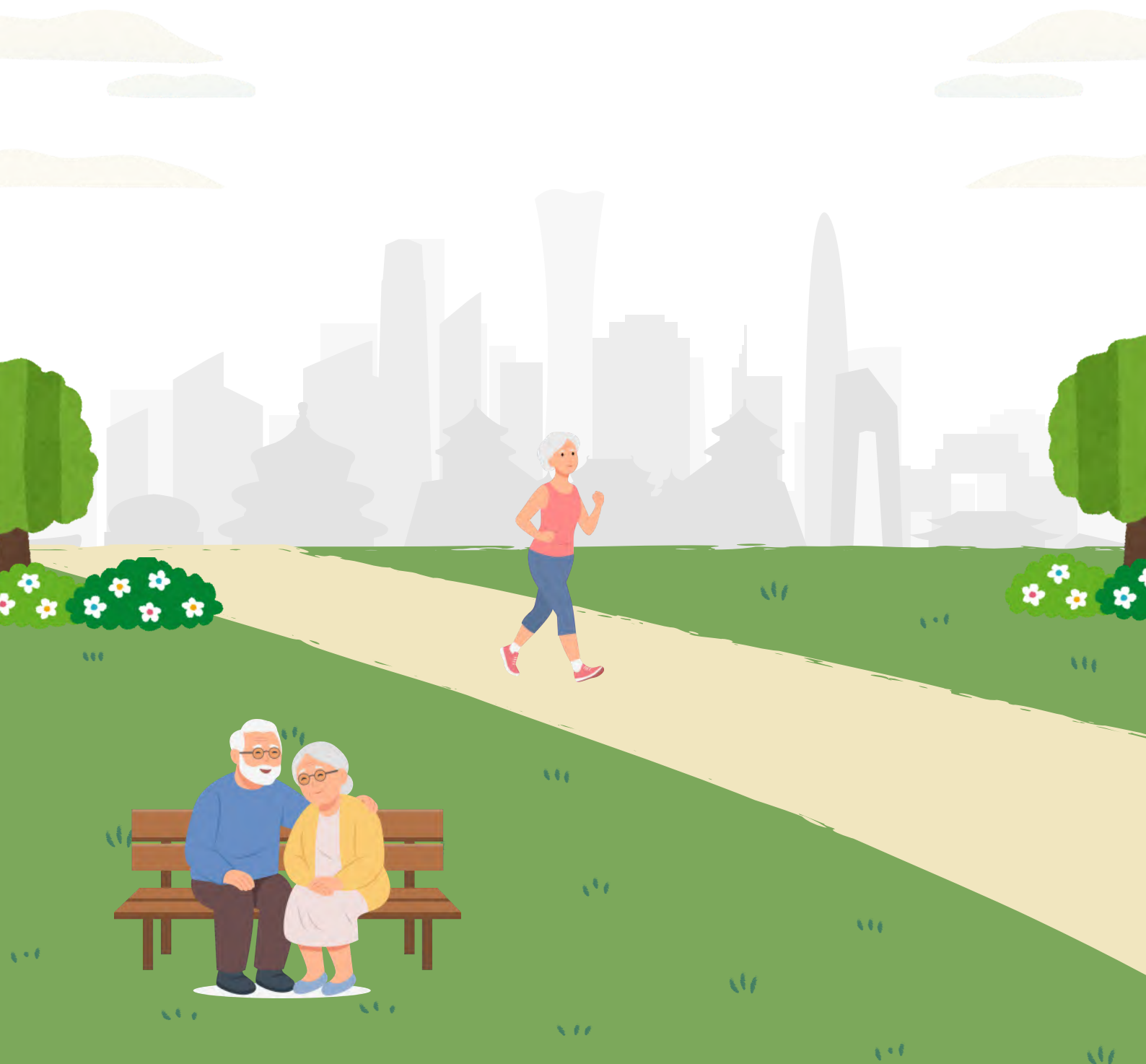
2. กระบวนการขออนุญาตใช้เครื่องมือการสำรวจ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

ลำดับ	ผังกระบวนการ	รายละเอียด	ระยะเวลา ดำเนินการ
1	 <p>กรอกแบบฟอร์มขออนุญาตขอใช้เครื่องมือการสำรวจ และทำหนังสือมาที่สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (พร้อมแนบโครงร่าง โครงการ/งานวิจัย ด้วย)</p>	<p>ผู้ขอรับบริการข้อมูล ดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรอกแบบฟอร์มแบบคำขอใช้บริการข้อมูลหรือเครื่องมือ - ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ - พร้อมแนบโครงร่าง โครงการ/งานวิจัยด้วย 	1 วันทำการ
2	 <p>รับเรื่องและพิจารณา ดำเนินการ</p>	เจ้าหน้าที่สำนักอนามัยผู้สูงอายุรับหนังสือ และเสนอต่อผู้อำนวยการเพื่อพิจารณาให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ	
3	 <p>เตรียมเครื่องมือ และนำเสนอผู้บังคับบัญชา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พิจารณารายละเอียดการใช้เครื่องมือการสำรวจของผู้ขอรับบริการ และจัดทำเงื่อนไขการใช้เครื่องมือการสำรวจ - จัดหาข้อมูล และตรวจสอบเครื่องมือการสำรวจ ตามความประสงค์ของผู้ขอรับบริการ - ร่างหนังสือนำเสนอ 	2 - 3 วันทำการ
4	 <p>ผู้อำนวยการพิจารณาและอนุมัติ</p>	ผู้อำนวยการพิจารณา และลงนามอนุญาตให้ใช้เครื่องมือการสำรวจ	1 - 2 วันทำการ
5	 <p>จัดส่งเครื่องมือให้กับผู้ขอรับบริการ</p>	ดำเนินการส่งเครื่องมือการสำรวจให้กับผู้ขอรับบริการ	1 วันทำการ
รวมระยะเวลาทั้งหมด			ไม่เกิน 7 วันทำการ



ส่วนที่ 3

ภาคผนวก



ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ Healty Aging

ลำดับ	รายการคู่มือ	QR Code
1	 <p>คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ประจำปีงบประมาณ 2569</p> <p>สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย</p>	
2	 <p>คู่มือประกอบการใช้งาน ชุดส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Wellness Intervention)</p>	
3	 <p>ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว ผู้มีชีวิตที่ดีของสังคม</p> <p>สูงวัย... สุขภาพดี</p> <p>ไม่ล้ม ไม่เจ็บ ไม่อายใคร</p> <p>คู่มือผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน</p>	
4	 <p>การเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงวัยให้แข็งแรง</p> <p>“ป้องกันกล้ามเนื้อและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย” (Sarcopenia and fall Prevention)</p> <p>คู่มือชุมชน</p>	



5		<p>คู่มือการใช้งาน Blue Book Application</p>	
6		<p>สมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุ (Blue Book) ฉบับปรับปรุง ปี 2567</p>	
7		<p>คู่มือชุมชนที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุ (Age - Friendly Communities)</p>	
8		<p>การประเมินความเป็น มิตรต่อผู้สูงอายุของเมือง ข้อเสนอแนะในการใช้ ตัวชี้วัดหลัก</p>	
9		<p>เมืองที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุ (Global Age- Friendly Cities : A Guide)</p>	



10		<p>ระบบประเมินรับรอง ชุมชนที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุ</p>	
11		<p>คู่มือขับเคลื่อนการ ดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพด้านสุขภาพ</p>	



คู่มือดูแลสุขภาพและพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ลำดับ	คู่มือวิชาการ	QR CODE
1	 <p>คู่มือแนวทางการอบรม นักฟื้นฟูสุขภาพชุมชน 30 ชั่วโมง community Rehabilitation Aids (CRA) 30 hours</p>	
2	 <p>หลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง</p>	
3	 <p>คู่มือแนวทางปฏิบัติ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานชุมชน กำหนดหลักการปฏิบัติงานบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ของชุมชน พ.ศ. 2564</p>	
4	 <p>คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง Community Caregiver Training Manual</p>	



ลำดับ	คู่มือวิชาการ	QR CODE
5	 <p>มาตรฐานและแนวทางการพัฒนา สถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กร ศาสนา</p>	
6	 <p>สู่วัย พลอดภัย จากความร้อน และ PM_{2.5}</p> <p>สู่วัย พลอดภัย จากความร้อน และ PM 2.5</p>	
7	 <p>คู่มือแนวทางการฝึกอบรม หลักสูตรฟื้นฟู Care Manager กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>คู่มือฟื้นฟู Care Manager</p>	
8	 <p>คู่มือแนวทางปฏิบัติงานและฝึกปฏิบัติ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 70 ชั่วโมง</p>	



9		<p>คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบ บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>	
10		<p>สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book) ฉบับปรับปรุง ปี 2567</p>	
11		<p>คู่มือแนวทางการใช้หลักสูตรการดูแล ผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2568</p>	



ส่งเสริมสุขภาพผู้นำศาสนาและศาสนิกชน

ลำดับ	รายการคู่มือ	QR Code
1		<p>คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) หลักสูตร 70 ชั่วโมง</p> 
2		<p>แนวทางการอบรมพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) ในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ชั่วโมง ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2567</p> 
3		<p>คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรพระธรรมนิเทศด้านสุขภาพ</p> 
4		<p>คู่มือการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้นำทางศาสนา (อาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำมัสยิด - อส.มย.)</p> 



คู่มือ เอกสาร สื่อต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินงาน



5		คู่มือแนวทางการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ	
6		คู่มือการดำเนินงานมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ	
7		คู่มือการดำเนินงานโบสถ์ส่งเสริมสุขภาพ	
8		คู่มือแนวทางการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ	
9		คู่มือแนวทางหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพระสงฆ์ต้นแบบในการขับเคลื่อนงานวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก	



คู่มือ เอกสาร สื่อต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินงาน

<p>10</p>		<p>คู่มือแนวทางหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพระคิลานุปฏิรูป (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.) ดีเด่น</p>	
<p>11</p>		<p>คู่มือแนวทางการดำเนินงานประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์</p>	
<p>12</p>		<p>คู่มือแนวทางการดำเนินงานประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้นำทางศาสนาอิสลาม</p>	
<p>13</p>		<p>คู่มือแนวทางการขออนุญาตใช้หลักสูตร</p>	



14		ระบบศาสนสถานส่งเสริม สุขภาพและผู้นำทาง ศาสนาด้านสุขภาพ	
----	---	--	---



ลำดับ	รายการเอกสาร	QR Code
1	 <p>สมุดบันทึกสุขภาพ พระสงฆ์</p>	
2	 <p>Standee อโรคยาสถวน</p>	
3	 <p>Back drop พระสงฆ์ สุขภาพดี ตามแนวทาง เวชศาสตร์ชีวิต (Lifestyle Medicine)</p>	
4	 <p>Roll up พระสงฆ์สุขภาพ ดี ตามแนวทางเวชศาสตร์ ชีวิต (Lifestyle Medicine)</p>	












คู่มือ เอกสาร สื่อต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินงาน

<p>5</p>		<p>แผ่นพับพระสงฆ์สุขภาพดี ตามแนวทางเวชศาสตร์ ชีวิต (Lifestyle Medicine)</p>	
<p>6</p>		<p>อโรคยสถาน (Health Station @Temple)</p>	





แผนผังและพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ

ลำดับ	รายการคู่มือ	QR Code
1		<p>คู่มือการใช้งาน ระบบ Long Term Care : 3C</p> 
2		<p>คู่มือการใช้งาน ระบบชมรมผู้สูงอายุ</p> 
3		<p>คู่มือการใช้งาน ระบบ AFC</p> 
4		<p>คู่มือการใช้งาน ระบบ Health Religions</p> 

ลำดับ	รายการคู่มือ	QR Code
5	 <p>คู่มือการใช้งาน ระบบ Wellness Plan</p>	
6	 <p>เอกสารแนวทางการขอใช้ บริการข้อมูลและเครื่องมือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์ของผู้สูงอายุ</p>	
7	 <p>ระบบรายงานข้อมูลของ สำนักอนามัยผู้สูงอายุใน รูปแบบ Dashboard (Aging Data Profile)</p>	
8	 <p>แนวทางการคัดกรอง ผู้สูงอายุ 90 ด้าน</p>	



9		<p>รายงานพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย ปีพ.ศ. 2568</p>	
---	---	---	---





กรมอนามัย
Department of Health

เล่นคู่มือ

