

รายงานตัวชีวิต กพร.

รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566)

ตัวชี้วัดที่ 1.4 ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

ระดับ 1. Assessment

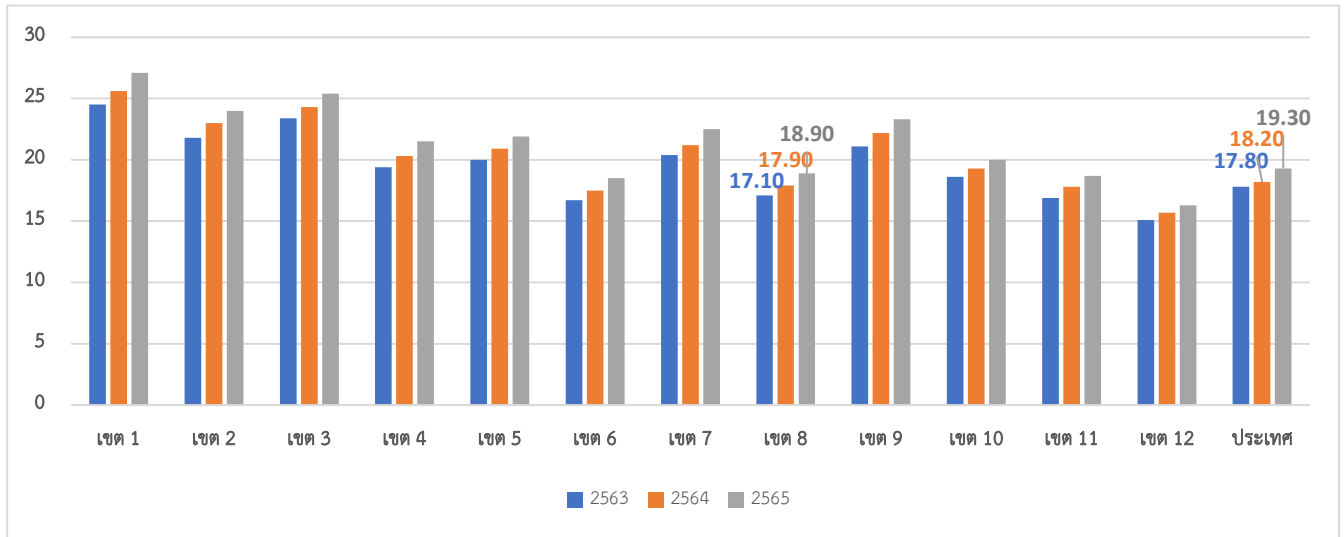
1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ และความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8

สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นทั่วโลก ในปี 2562 ประชากรโลกมีจำนวนทั้งสิ้น 7,713 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 9,700 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 โดยมีประชากรอายุ 60 ปี เป็นร้อยละ 13 และคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 ประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า จากปี 2019 (คาดว่า จะมีผู้สูงอายุที่อายุเกิน 65 ปี มากกว่า 1,500 ล้านคน) ทั้งนี้ ในแต่ละประเทศมีอัตราเร่งของการเป็นสังคมสูงวัยที่แตกต่างกัน โดยประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีอัตราการเปลี่ยนผ่านของสัดส่วนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นสองเท่าภายในระยะเวลาที่รวดเร็ว

จากรายงานการศึกษาพยากรณ์อายุเฉลี่ยที่มีสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2558 – 2573 สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเป็น 74.9 ปี และคาดว่าใน พ.ศ. 2573 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจะเป็น 77.5 ปี (เพศชาย 75.0 เพศหญิง 80.3) ส่วนอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเป็น 67.7 ปี (เพศชายเพิ่มจาก 65.5 ปี ใน พ.ศ.2557 เป็น 68.0 ปี ใน พ.ศ.2563 และเพศหญิงเพิ่มจาก 70.8 ปี ใน พ.ศ.2557 เป็น 72.3 ปี ใน พ.ศ.2563) เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มประเทศอาเซียนทั้งอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ประเทศไทยจัดอยู่ในลำดับที่ 4 รองจากประเทศสิงคโปร์ บรูไน และเวียดนาม แม้ว่าคนไทยจะมีอายุยืนยาวมากขึ้น แต่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุจะต้องอยู่กับสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ยาวนานมากขึ้นจนกว่าจะสิ้นอายุขัย ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลให้คนส่วนใหญ่มีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์จนเสียชีวิต และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มมากกว่า 3 เท่าในอีก 30 ปีข้างหน้า จำเป็นต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและสามารถดูแลตนเองได้เมื่ออายุมากขึ้น เพื่อลดภาวะพึ่งพิงในการดูแลผู้สูงอายุของประเทศ

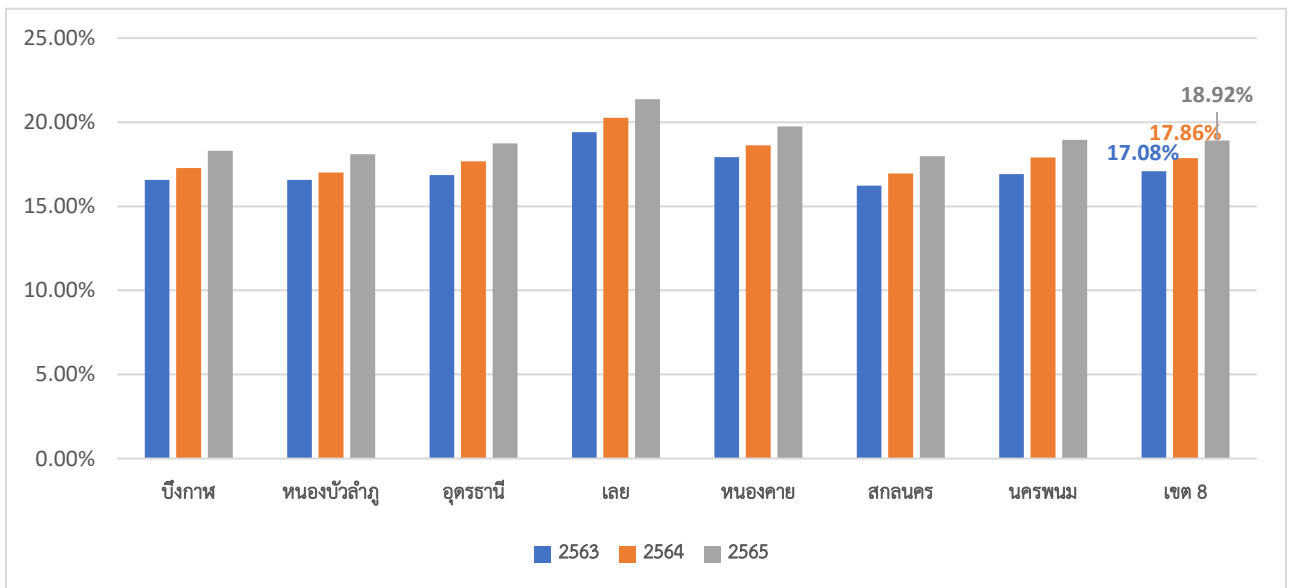
แผนภาพที่ 1 ร้อยละประชากรผู้สูงอายุภาพประเทศ เปรียบเทียบ 3 ปีซ้อนหลัง



ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

จากสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยและเขตสุขภาพที่ 8 ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2563 – 2565 มีจำนวนทั้งหมด 11,789,098 คน 12,071,837 คน และ 12,920,914 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 17.8, 18.2, และ 19.3 ตามลำดับ

แผนภาพที่ 2 ร้อยละประชากรผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 เปรียบเทียบ 3 ปีซ้อนหลัง



ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 8 ตั้งแต่ปี 2563 – 2565 มีจำนวนทั้งหมด 743,427 คน 775,310 คน และ 822,289 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 17.1, 17.9 และ 18.9 ตามลำดับ

โดยในปี 2566 เขตสุขภาพที่ 8 มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 868,056 คน คิดเป็นร้อยละ 19.94 สัดส่วนผู้สูงอายุเพศชายต่อเพศหญิง พบว่า มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน 1 : 1.19 เพศชาย ร้อยละ 45.58 เพศหญิง ร้อยละ 54.42

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ประชากรผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

จังหวัด	ประชากรทั้งหมด	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป				ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป			
		ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
บึงกาฬ	320,299	28,526	32,895	61,421	19.18	19,226	22,748	41,974	13.10
หนองบัวลำภู	423,074	37,390	44,114	81,504	19.26	24,764	30,383	55,147	13.03
อุดรธานี	1,243,117	111,499	134,974	246,473	19.83	74,144	93,229	167,373	13.46
เลย	528,270	56,505	62,065	118,570	22.44	38,472	42,915	81,387	15.41
หนองคาย	384,700	35,933	43,910	79,843	20.75	23,568	30,030	53,598	13.93
สกลนคร	926,298	79,191	96,295	175,486	18.94	52,135	66,481	118,616	12.81
นครพนม	527,092	46,619	58,140	104,759	19.87	31,040	40,789	71,829	13.63
เขต 8	4,352,850	395,663	472,393	868,056	19.94	263,349	326,575	589,924	13.55

จากภาพแสดงให้เห็นว่าทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่สูงขึ้น และพบว่าจังหวัดเลย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) แล้ว หมายถึง มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 หรือมีคนอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด โดยจังหวัดเลยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 22.44 ประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 15.41 และคาดการณ์ว่าอีกไม่กี่ปีข้างหน้าเขตสุขภาพที่ 8 จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) เช่นกัน ดังนั้นศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานีจึงได้มีการบูรณาการร่วมกับเขตสุขภาพที่ 8 และศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพเพื่อกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 8 สามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การคัดกรองกลุ่มอาการเสื่อม 9 ด้าน

ปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุขที่ทันสมัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ขณะเดียวกัน ก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง ตลอดจนกลุ่มอาการ ที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพิงจาก การเจ็บป่วย และภาวะทุพพลภาพเพิ่มมากขึ้น ด้วยเช่นกัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวในปัจจุบัน และครอบครัวใหม่ในอนาคตต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้ก็ยิ่งจะทำให้การดูแลรักษามีความซับซ้อน และยากลำบากเพิ่มมากขึ้น

การประเมินคัดกรองกลุ่มอาการเสื่อม 9 ด้าน ได้แก่ ความคิดความจำ การเคลื่อนไหวร่างกาย การขาดสารอาหาร การมองเห็น การได้ยิน ภาวะซึมเศร้า การกลืนปัสสาวะ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และสุขภาพช่องปาก การประเมินปัญหาของกลุ่มอาการเหล่านี้ในผู้สูงอายุต้องประเมิน ในหลายๆปัจจัยเพื่อค้นหาสาเหตุและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมและมักต้องประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.1 การคัดกรองการมองเห็น

จังหวัด	ผู้สูงอายุ (คน)	การคัดกรอง	ร้อยละ	การมองเห็นระยะใกล้			
				ปกติ	ร้อยละ	มีปัญหา	ร้อยละ
บึงกาฬ	57,101	31,279	54.78	30,950	98.95	329	1.05
หนองบัวลำภู	75,866	69,383	91.45	69,133	99.64	250	0.36
อุดรธานี	230,032	144,146	62.66	140,494	97.47	3,652	2.53
เลย	111,038	101,972	91.84	99,445	97.52	2,527	2.48
หนองคาย	74,473	51,496	69.15	50,491	98.05	1,005	1.95
สกลนคร	163,098	39,055	23.95	38,636	98.93	419	1.07
นครพนม	97,789	49,019	50.13	48,487	98.91	532	1.09
เขตสุขภาพที่ 8	809,397	486,350	60.09	477,636	98.21	8,714	1.79

จากการคัดกรองการมองเห็นของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองทั้งหมด 486,350 คน คิดเป็นร้อยละ 60.09 ผลการคัดกรอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการมองเห็นระยะใกล้ ปกติ ร้อยละ 98.21 และมีปัญหาการมองเห็นระยะใกล้ ร้อยละ 1.79 โดยจังหวัดที่พบผู้สูงอายุมีปัญหาการมองเห็นระยะใกล้มากที่สุด คือ จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 2.53 และจังหวัดเลย ร้อยละ 2.48

2.2 การคัดกรองการกลืนปัสสาวะ

จังหวัด	ผู้สูงอายุ (คน)	การคัดกรอง	ร้อยละ	การกลืนปัสสาวะ			
				ปกติ	ร้อยละ	มีปัญหา	ร้อยละ
บึงกาฬ	57,101	27,775	48.64	26,521	95.49	262	0.94
หนองบัวลำภู	75,866	30,874	40.7	30,339	98.27	534	1.73
อุดรธานี	230,032	93,688	40.73	86,350	92.17	676	0.72
เลย	111,038	99,048	89.2	95,168	96.08	1,541	1.56
หนองคาย	74,473	26,944	36.18	22,076	81.93	319	1.18
สกลนคร	163,098	26,830	16.45	26,431	98.51	261	0.97
นครพนม	97,789	25,836	26.42	24,952	96.58	771	2.98
เขตสุขภาพที่ 8	809,397	330,995	40.89	311,837	94.21	4,364	1.32

จากการคัดกรองการกลืนปัสสาวะของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองทั้งหมด 330,995 คน คิดเป็นร้อยละ 40.89 ผลการคัดกรอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการกลืนปัสสาวะได้ปกติ ร้อยละ 94.21 และมีปัญหาการกลืนปัสสาวะ ร้อยละ 1.32 โดยจังหวัดที่พบผู้สูงอายุมีปัญหาการกลืนปัสสาวะมากที่สุด คือ จังหวัดนครพนม ร้อยละ 2.98

2.3 การคัดกรองการได้ยิน

จังหวัด	ผู้สูงอายุ (คน)	การคัดกรอง	ร้อยละ	การได้ยิน			
				ปกติ	ร้อยละ	มีปัญหา	ร้อยละ
บึงกาฬ	57,101	2,242	3.93	2,238	99.82	4	0.18
หนองบัวลำภู	75,866	6,577	8.67	6,570	99.89	5	0.08
อุดรธานี	230,032	8,485	3.69	8,089	95.33	4	0.05
เลย	111,038	8,293	7.47	8,267	99.69	22	0.27
หนองคาย	74,473	490	0.66	198	40.41	292	59.59
สกลนคร	163,098	9,473	5.81	9,354	98.74	119	1.26
นครพนม	97,789	5,860	5.99	5,858	99.97	2	0.03
เขตสุขภาพที่ 8	809,397	41,420	5.12	40,574	97.96	448	1.08

จากการคัดกรองการได้ยินของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองทั้งหมด 41,420 คน คิดเป็นร้อยละ 5.12 ผลการคัดกรอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการได้ยินปกติ ร้อยละ 97.96 และมีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 1.08 โดยจังหวัดที่พบผู้สูงอายุมีปัญหาการได้ยินมากที่สุด คือ จังหวัดหนองคาย ร้อยละ 59.59 ซึ่งหากดูจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองของจังหวัดหนองคายพบว่าได้รับการคัดกรองค่อนข้างน้อยและกลุ่มที่ได้รับการคัดกรองส่วนใหญ่มีภาวะผิดปกติการได้ยิน จึงอาจทำให้จังหวัดหนองคายมีปัญหาการได้ยินค่อนข้างสูงกว่าจังหวัดอื่น

2.4 การคัดกรองความคิดความจำ

จังหวัด	ผู้สูงอายุ (คน)	การคัดกรอง	ร้อยละ	ความคิดความจำ			
				ปกติ	ร้อยละ	มีปัญหา	ร้อยละ
บึงกาฬ	57,101	35,173	61.6	34,920	99.28	253	0.72
หนองบัวลำภู	75,866	65,431	86.25	65,200	99.65	231	0.35
อุดรธานี	230,032	169,453	73.66	167,483	98.84	1,970	1.16
เลย	111,038	103,818	93.5	102,533	98.76	1,285	1.24
หนองคาย	74,473	60,554	81.31	60,199	99.41	355	0.59
สกลนคร	163,098	59,224	36.31	58,151	98.19	1,073	1.81
นครพนม	97,789	63,516	64.95	62,018	97.64	1,498	2.36
เขตสุขภาพที่ 8	809,397	557,169	68.84	550,504	98.80	6,665	1.20

จากการคัดกรองความคิดความจำของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองทั้งหมด 557,169 คน คิดเป็นร้อยละ 68.84 ผลการคัดกรอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดความจำปกติ ร้อยละ 98.80 และมีปัญหา ร้อยละ 1.20 โดยจังหวัดที่พบผู้สูงอายุมีปัญหาด้านความคิดความจำมากที่สุด คือ จังหวัดนครพนม ร้อยละ 2.36

2.5 การคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q)

จังหวัด	ผู้สูงอายุ (คน)	การคัดกรอง	ร้อยละ	ภาวะซึมเศร้า (2Q)			
				ปกติ	ร้อยละ	มีปัญหา	ร้อยละ
บึงกาฬ	57,101	39,116	68.5	39,058	99.85	58	0.15
หนองบัวลำภู	75,866	70,553	93	70,548	99.99	5	0.01
อุดรธานี	230,032	186,156	80.93	185,461	99.63	695	0.37
เลย	111,038	104,674	94.27	104,147	99.50	527	0.50
หนองคาย	74,473	67,721	90.93	67,624	99.86	97	0.14
สกลนคร	163,098	73,430	45.02	73,027	99.45	403	0.55
นครพนม	97,789	76,277	78	76,142	99.82	135	0.18
เขตสุขภาพที่ 8	809,397	617,927	76.34	616,007	99.69	1,920	0.31

จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองทั้งหมด 617,927 คน คิดเป็นร้อยละ 76.34 ผลการคัดกรอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 99.69 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 0.31

2.6 การคัดกรองการเคลื่อนไหว

จังหวัด	ผู้สูงอายุ (คน)	การคัดกรอง	ร้อยละ	การเคลื่อนไหว			
				ไม่เสี่ยง	ร้อยละ	เสี่ยง	ร้อยละ
บึงกาฬ	57,101	36,507	63.93	35,221	96.48	1,286	3.52
หนองบัวลำภู	75,866	73,380	96.72	71,863	97.93	1,517	2.07
อุดรธานี	230,032	190,431	82.78	185,903	97.62	4,528	2.38
เลย	111,038	105,192	94.74	101,294	96.29	3,898	3.71
หนองคาย	74,473	67,904	91.18	64,580	95.10	3,324	4.90
สกลนคร	163,098	67,518	41.4	65,594	97.15	1,924	2.85
นครพนม	97,789	74,862	76.55	71,599	95.64	3,263	4.36
เขตสุขภาพที่ 8	809,397	615,794	76.08	596,054	96.79	19,740	3.21

จากการคัดกรองการเคลื่อนไหวกของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองทั้งหมด 615,794 คน คิดเป็นร้อยละ 76.08 ผลการคัดกรอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 96.79 และมีความเสี่ยงการหกล้ม ร้อยละ 3.21 โดยจังหวัดที่พบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากที่สุด คือ จังหวัดหนองคาย ร้อยละ 4.90 และจังหวัดนครพนม ร้อยละ 4.36

2.7 การคัดกรองสุขภาพช่องปาก

จังหวัด	ผู้สูงอายุ (คน)	การคัดกรอง	ร้อยละ	สุขภาพช่องปาก			
				ปกติ	ร้อยละ	มีปัญหา	ร้อยละ
บึงกาฬ	57,101	37,171	65.1	36,168	97.30	1,003	2.70
หนองบัวลำภู	75,866	73,089	96.34	71,815	98.26	1,274	1.74
อุดรธานี	230,032	187,644	81.57	184,391	98.27	3,253	1.73
เลย	111,038	103,021	92.78	101,108	98.14	1,913	1.86
หนองคาย	74,473	67,286	90.35	65,845	97.86	1,441	2.14
สกลนคร	163,098	66,508	40.78	65,282	98.16	1,226	1.84
นครพนม	97,789	75,164	76.86	74,008	98.46	1,156	1.54
เขตสุขภาพที่ 8	809,397	609,883	75.35	598,617	98.15	11,266	1.85

จากการคัดกรองสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองทั้งหมด 609,883 คน คิดเป็นร้อยละ 75.35 ผลการคัดกรอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สุขภาพช่องปากปกติ ร้อยละ 98.15 และมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 1.85 โดยจังหวัดที่พบผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพช่องปากมากที่สุด คือ จังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ 2.70 และจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 2.14

2.8 การคัดกรองภาวะขาดสารอาหาร

จังหวัด	ผู้สูงอายุ (คน)	การคัดกรอง	ร้อยละ	ภาวะขาดสารอาหาร			
				ปกติ	ร้อยละ	เสี่ยง	ร้อยละ
บึงกาฬ	57,101	709	1.24	709	100	0	0
หนองบัวลำภู	75,866	0	0	0	0	0	0
อุดรธานี	230,032	0	0	0	0	0	0
เลย	111,038	0	0	0	0	0	0
หนองคาย	74,473	0	0	0	0	0	0
สกลนคร	163,098	536	0.33	505	94.22	31	0.06
นครพนม	97,789	137	0.14	137	100	0	0
เขตสุขภาพที่ 8	809,397	1,382	0.17	1,351	97.76	31	0.02

จากการคัดกรองภาวะขาดสารอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองทั้งหมด 1,382 คน คิดเป็นร้อยละ 0.17 ผลการคัดกรอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 97.76 และมีความเสี่ยงขาดสารอาหาร ร้อยละ 0.02 ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองค่อนข้างน้อยจึงอาจทำให้ไม่พบปัญหาหรือความเสี่ยงในพื้นที่

จากการคัดกรองอาการเสื่อมทั้ง 8 ด้าน จะพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการเสื่อมในหลายๆ ด้านและบางจังหวัดมีจำนวนค่อนข้างสูงควรได้รับการส่งต่อ รักษา และติดตามอาการ ในกลุ่มปกติทีมสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรวางแผนในการดูแลรักษาผู้สูงอายุได้อย่างเชื่อมโยงและเป็นระบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ ลดภาระครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

2.9 การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

การจำแนกผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามศักยภาพ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index Activities of Daily Living : ADL) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ หรือมีคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) หรือมีคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11

กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) หรือมีคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4

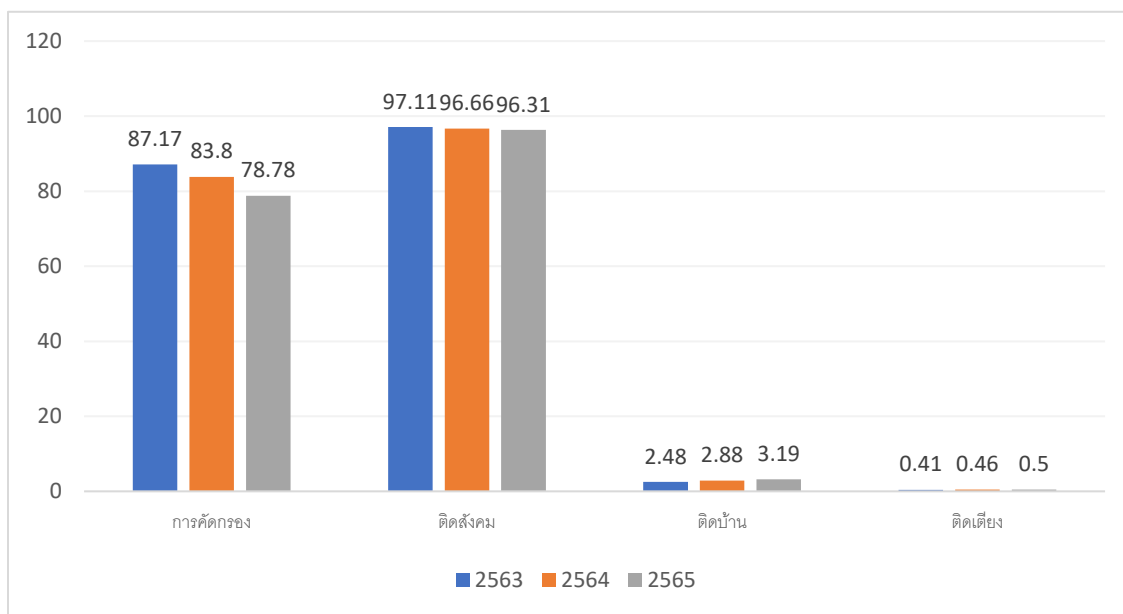
ข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในเขตสุขภาพที่ 8 ตั้งแต่ปี 2563 – 2565 จำนวน 648,076 คน 649,706 คน และ 637,403 คน ตามลำดับ แยกเป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม มีแนวโน้มลดลง จำนวน 629,322 คน 628,029 คน และ 613,882 คน คิดเป็นร้อยละ 97.11, 96.66 และ 96.31 ตามลำดับ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 16,081 คน 18,701 คน และ 20,365 คน คิดเป็นร้อยละ 2.18, 2.40, และ 3.19 ตามลำดับ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 2,673 คน 2,976 คน และ 3,156 คน คิดเป็นร้อยละ 0.41, 0.46 และ 0.50 ตามลำดับ

แผนภาพที่ 3 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เขตสุขภาพที่ 8 เปรียบเทียบ 3 ปีซ้อนหลัง



ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

จากแผนภาพจะเห็นได้ว่า ผลการคัดกรอง ADL ในกลุ่มผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 เปรียบเทียบ 3 ปีซ้อนหลังพบว่า ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีแนวโน้มลดลง ซึ่งทางศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี ต้องวางแผนกิจกรรมหรือหา Intervention ลงในกลุ่มดังกล่าวที่จะเป็นการช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยการขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ เน้นการทำ wellness plan ตลอดจนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ ส่วนกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เมื่อเปรียบเทียบ 3 ปีซ้อนหลังพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีแนวโน้มลดลง

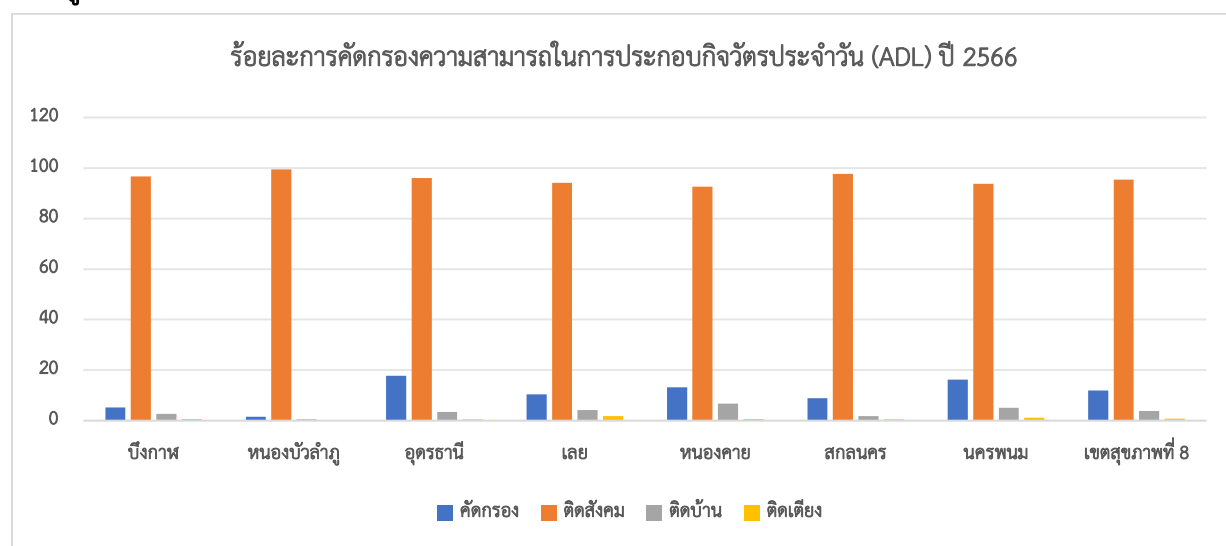
ซึ่งทำให้มองเห็นถึงกระบวนการทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 8 ว่ายังพบปัญหา และจากการลงพื้นที่ตรวจราชการก็ ยังพบว่าเขตสุขภาพที่ 8 ยังมีปัญหาในเรื่องของการขาดแคลน CM เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ก็เกิดจากการเปลี่ยนงาน ย้ายงานและการเกษียณราชการ หากพื้นที่ใดไม่มี CM ปฏิบัติหน้าที่ก็จะส่งผลให้การทำ CP ไม่ครอบคลุม ซึ่งทาง ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานีเองก็ได้จัดทำแผนงานโครงการเพื่อจัดอบรม CM รายใหม่ในเขตสุขภาพที่ 8 ให้ครอบคลุมภายในปีงบประมาณ 2566

ตาราง 2 การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) รอบ 5 เดือนแรก (ต.ค. 65 - ก.พ. 66)

จังหวัด	จำนวนการคัดกรอง		ผลการคัดกรอง					
	จำนวน	ร้อยละ	ติดสังคม	ร้อยละ	ติดบ้าน	ร้อยละ	ติดเตียง	ร้อยละ
บึงกาฬ	3,210	5.23	3,102	96.64	87	2.71	21	0.65
หนองบัวลำภู	1,281	1.57	1,274	99.45	6	0.47	1	0.08
อุดรธานี	43,703	17.72	41,973	96.04	1,526	3.49	204	0.47
เลย	12,398	10.46	11,666	94.10	517	4.17	215	1.73
หนองคาย	10,576	13.25	9,793	92.60	714	6.75	69	0.65
สกลนคร	15,551	8.87	15,196	97.72	282	1.81	73	0.47
นครพนม	16,950	16.18	15,894	93.77	868	5.12	188	1.11
เขตสุขภาพที่ 8	103,669	11.94	98,898	95.40	4,000	3.86	771	0.74

ข้อมูล ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

แผนภูมิที่ 4 ร้อยละการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ปี 2566



ข้อมูล ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

3. ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน ฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ผ่าน Blue Book Application

- ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการ
- ประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)
- ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนา เครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)

องค์ประกอบที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ 3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่

- มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ
- มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล
- มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขโรค การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล

องค์ประกอบที่ 4 มี Care Manager/ทีมสหวิชาชีพ/หมอครอบครัว/Caregiver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ 5 มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ 9 เดือนและรอบ 12 เดือนดีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก

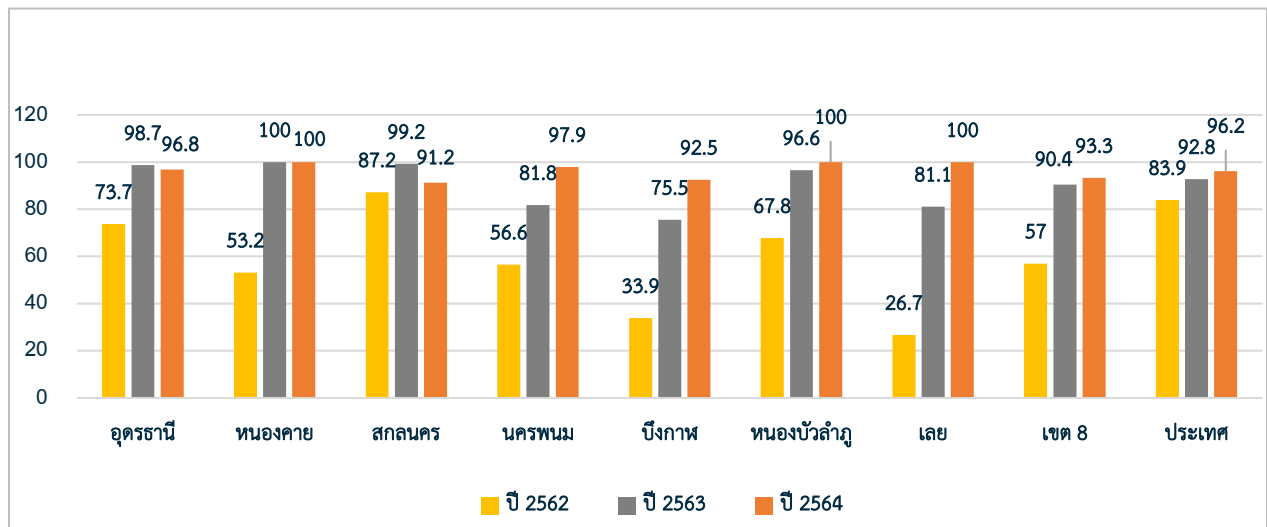
- กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน
- กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม

องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย

- ข้อมูลการขึ้นทะเบียน Care Manager/Caregiver และการจัดทำ Care Plan
- ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบทั้งพื้นที่ใหม่/พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE- Accreditation) ภายในระยะเวลา 3 ปี

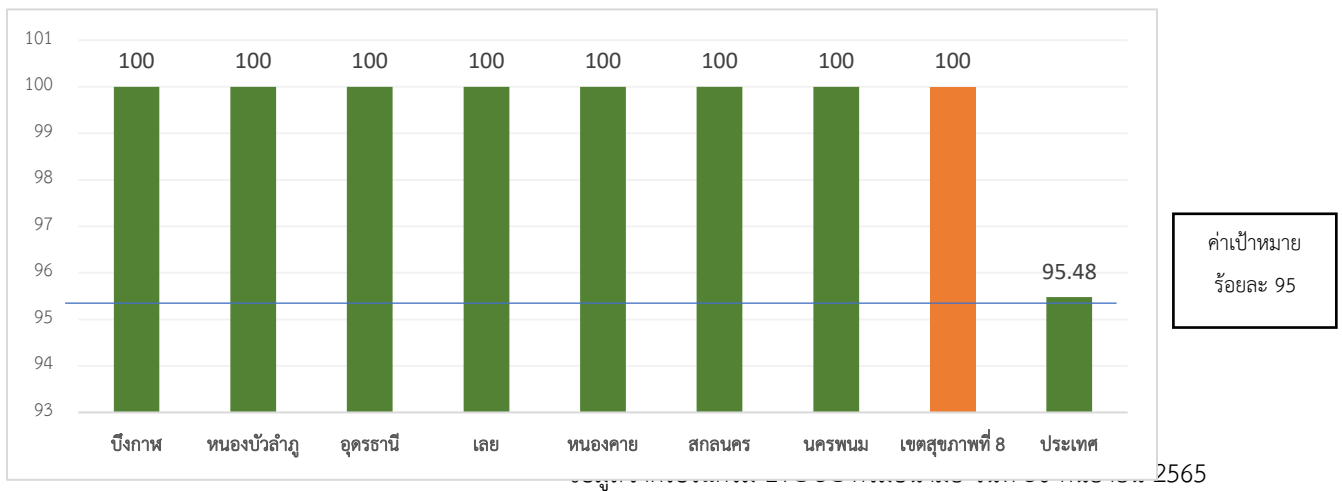
ผลการดำเนินงานทั้งตำบล LTC ที่ผ่านเกณฑ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ตั้งแต่ปี 2562 - 2564 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 57, 90.4 และ 93.3 ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 5 ร้อยละตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ แยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8



ผลการดำเนินงาน ปี 2565 ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ตำบลทั้งหมด 644 ตำบล ผ่านเกณฑ์ 644 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 100

แผนภูมิที่ 6 ร้อยละตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

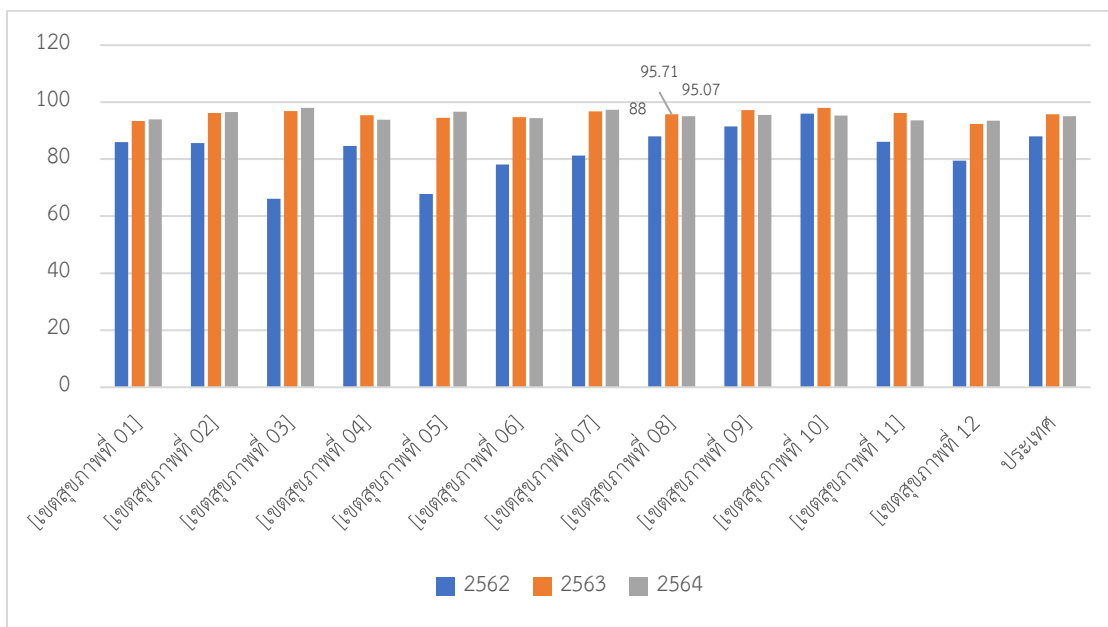


4. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ / ผู้มีภาวะพึ่งพิง จาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ / ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือที่ผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง

ผลการดำเนินงานร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan 3 ปีซ้อนหลัง พบว่า เขตสุขภาพที่ 8 อยู่อันดับ 4 เมื่อเปรียบเทียบกับในระดับเขตสุขภาพอื่น (ข้อมูลจากโปรแกรม 3C กรมอนามัย ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2564)

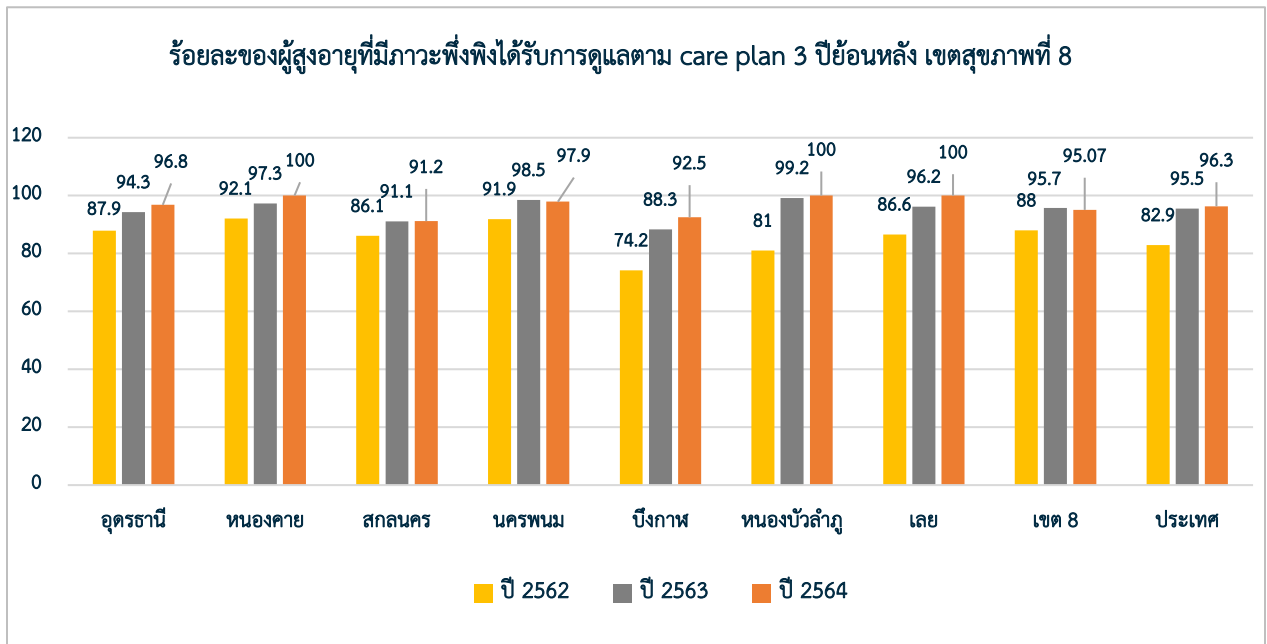
แผนภูมิที่ 7 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan แยกตามเขตสุขภาพ



ข้อมูลจากโปรแกรม 3C กรมอนามัย

ผลการดำเนินงาน 3 ปีซ้อนหลัง ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan แยกรายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8 (ข้อมูลจากโปรแกรม 3C กรมอนามัย ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2564)

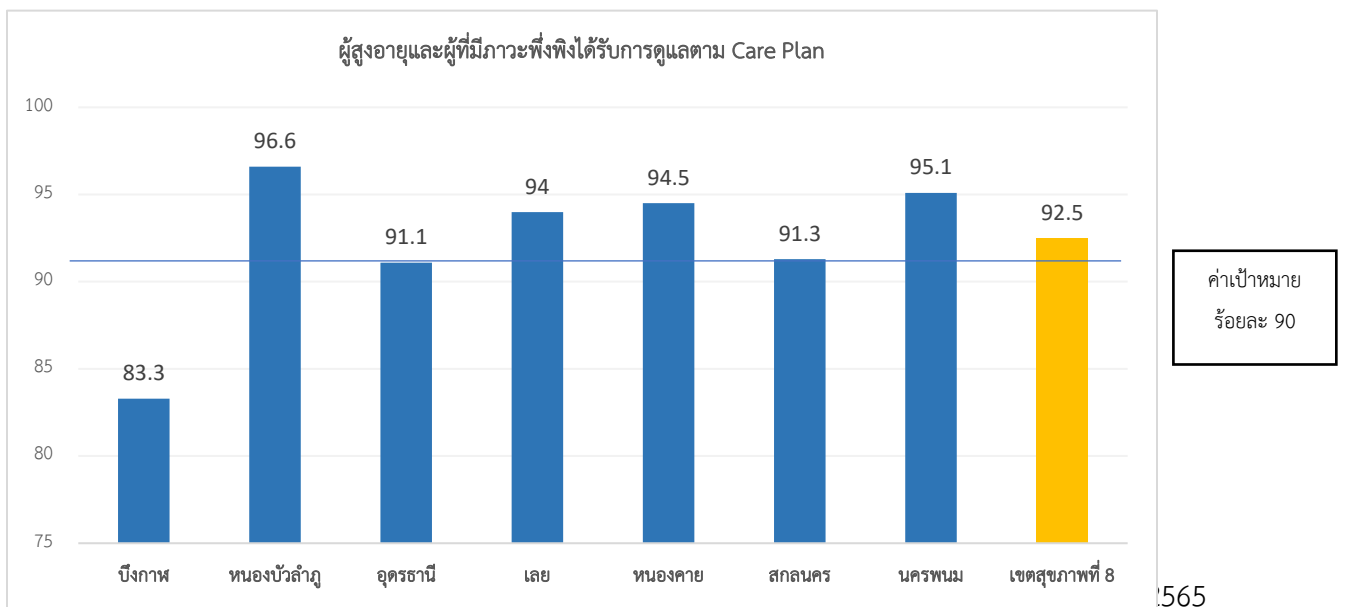
แผนภูมิที่ 8 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan แยกรายจังหวัด 3 ปีซ้อนหลัง ในเขตสุขภาพที่ 8



ข้อมูลจากโปรแกรม 3C กรมอนามัย

ผลการดำเนินงาน 5 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2566 (ต.ค. 65 - ก.พ. 66) เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ Long Term Care จำนวน 51,754 คน ได้รับการดูแลตาม Care Plan จำนวน 47,883 คน คิดเป็นร้อยละ 92.5 ซึ่งจังหวัดหนองบัวลำภูมีผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care plan มากที่สุดร้อยละ 96.6

แผนภูมิที่ 9 ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

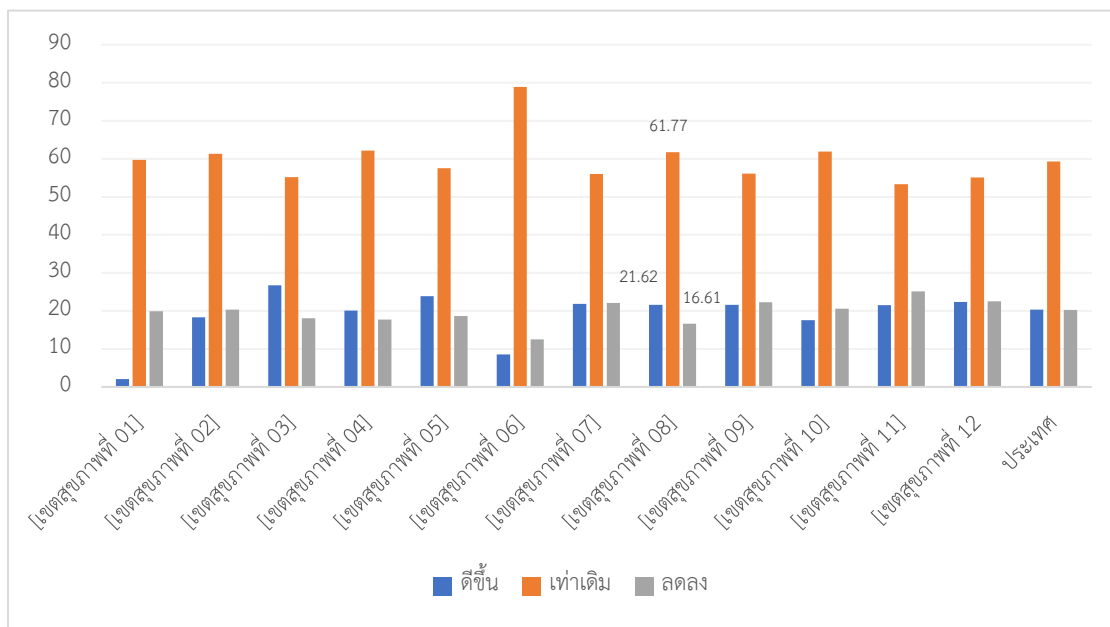


จะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานทั้งตำบล LTC ที่ผ่านเกณฑ์ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่จะเห็นได้ว่าเมื่อมองที่ผลลัพธ์จากการดำเนินงานนั้น ผู้สูงอายุมี ADL ที่เพิ่มขึ้น กลับมีแนวโน้มลดลง จากข้อมูลดังกล่าวก็จะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการทำงานในการส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มวัยผู้สูงอายุและการดำเนินงานตามระบบ 3C ซึ่งจากที่ได้บรรยายไว้ก่อนหน้านี้แล้วว่าในเขตสุขภาพที่ 8 ต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมแบบเชิงรุกด้วยการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพด้วยการทำ Wellness Plan และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตามบริบท ตลอดจนการผลักดันให้มี CM ปฏิบัติงานครอบคลุมทุกพื้นที่และต้องมีการตรวจสอบคุณภาพ Care Plan ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่า Care Plan ดังกล่าวนั้นสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาหรือไม่

จากปัญหาดังกล่าวผู้บริหารในระดับเขตและระดับจังหวัดให้ความสำคัญติดตาม และกำหนดเป็นนโยบาย/ตรวจราชการและตัวชี้วัดระดับจังหวัด ทุกจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุทั้งระดับจังหวัดระดับอำเภอ และระดับตำบลเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สร้างความเข้าใจร่วมกัน และผลักดันให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์และเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ให้มีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แผนภูมิที่ 10 ร้อยละผลการดำเนินงานตำบล LTC ที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan และร้อยละผู้สูงอายุที่มี ADL ดีขึ้น



ข้อมูลจากโปรแกรม Long Term Care สปสช.

5. ผู้สูงอายุมีพื้นถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี หรือ 4 คู่สับ

พื้นแท้ใช้งานได้ หมายถึง พื้นแท้ที่สามารถใช้บดเคี้ยวอาหารได้ จะไม่นับรวมกรณีเหลือแต่รากฟันที่จำเป็นต้องถอน หรือฟันโยกตั้งแต่ 3° degree ที่ต้องถอน

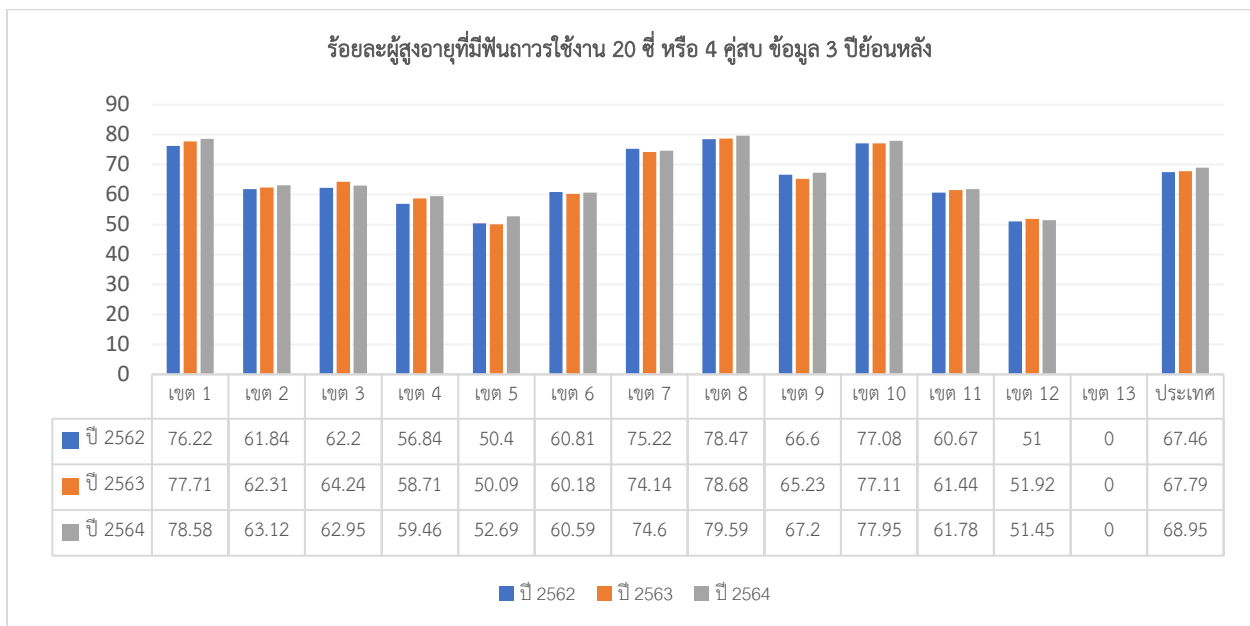
อย่างน้อย 20 ซี หรือ 4 คู่สบ หมายถึง การมีฟันแท้ที่ใช้งานได้ตั้งแต่ 20 ซีขึ้นไป หรือมีการสบฟันหลังในตำแหน่ง ฟันกรามน้อยและ/หรือฟันกรามใหญ่ ทั้งซ้าย-ขวารวมกันตั้งแต่ 4 คู่สบขึ้นไป

การได้รับบริการ/นวัตกรรม ดูแลสุขภาพช่องปากที่จำเป็น หมายถึง การได้รับบริการตรวจประเมิน ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟุสภาพ หรือนวัตกรรมเพื่อคงสภาพการใช้งานของช่องปาก

การเข้าถึงข้อมูลความรู้ กิจกรรม เพื่อการคัดกรองและดูแลช่องปากด้วยตนเอง หมายถึง การได้รับข้อมูล ความรู้หรือเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่

- (1) ผ่านสื่อออนไลน์ ได้แก่ ช่องทาง Facebook page และ LINE official Account ฟันยังดี เว็บไซต์เรื่องการ ดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ
- (2) ผ่านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ
- (3) ผ่านการเข้าร่วมการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan)
- (4) ผ่านการคัดกรองช่องปากด้วยตนเอง/ผู้ดูแล/อสม. ใน Blue Book Application

แผนภูมิที่ 11 แสดงจำนวนร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันถาวรใช้งาน 20 ซี หรือ 4 คู่สบ จำแนกรายเขต 3 ปีย้อนหลัง

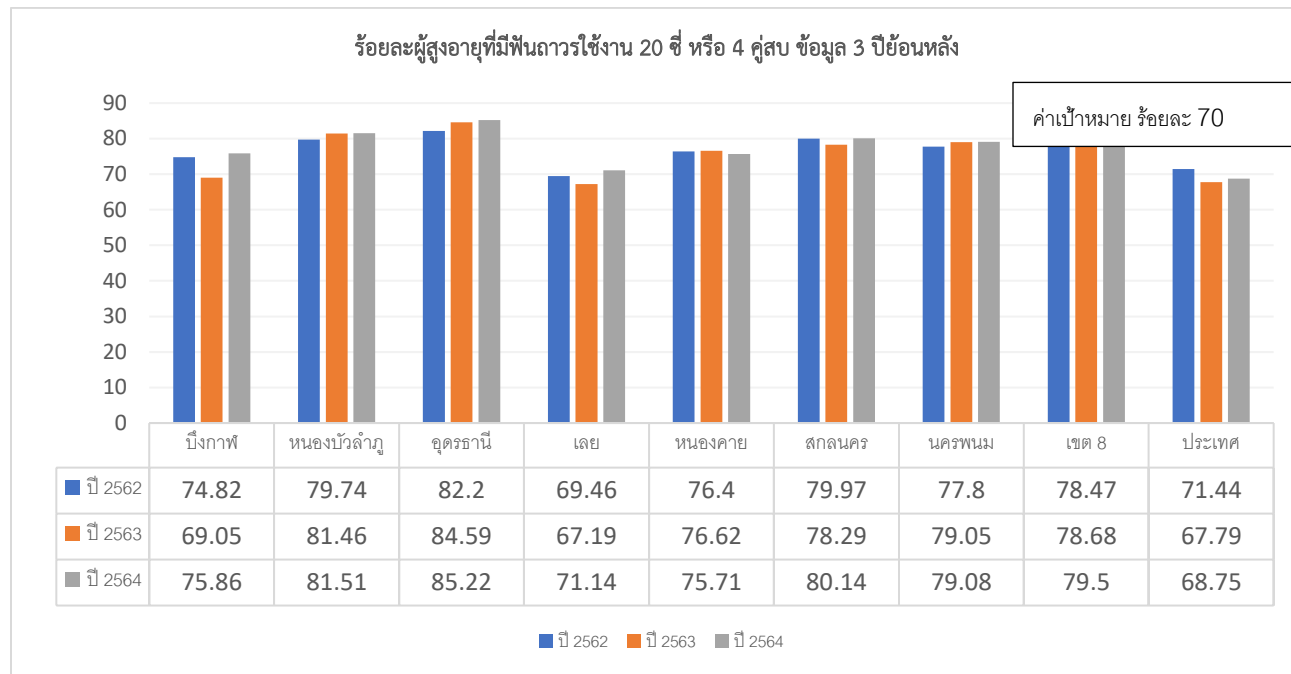


ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

จากกราฟจะเห็นว่า ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี หรือ 4 คู่สบ แยกรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 8 มีผลงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ร้อยละ 79.5 รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 78.5 และเขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 77.9 ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่ 8 มีร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี หรือ 4 คู่สบ ผลงานสูงขึ้นทุกปี ประมาณร้อยละ 1 ของทุกปี เมื่อเปรียบเทียบผลงานเขตสุขภาพที่ 8 กับ

ประเทศ พบว่า เขตสุขภาพที่ 8 มีร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันถาวรใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ สูงกว่าระดับประเทศ โดยในปี 2564 มีผลงานสูงกว่าประเทศ 10.64

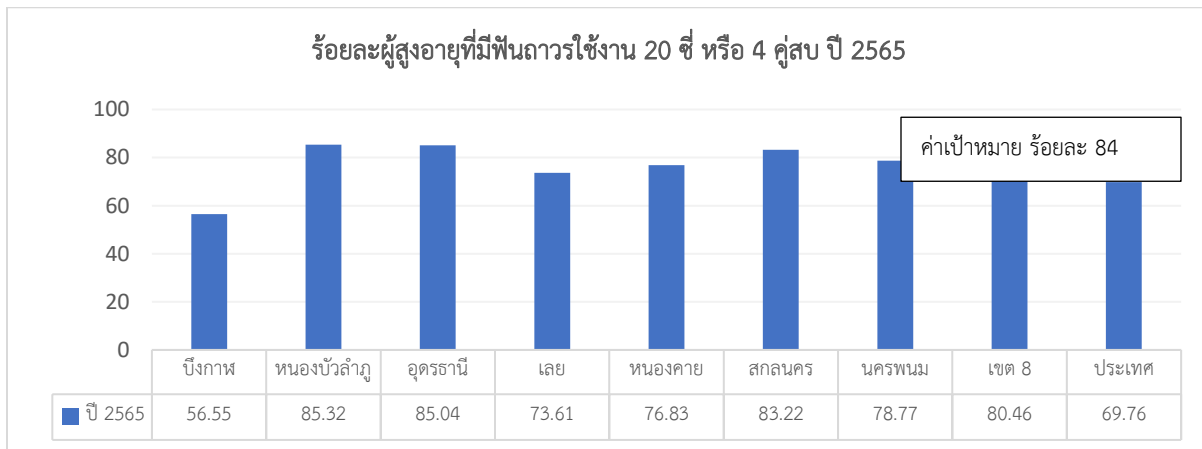
แผนภูมิที่ 12 แสดงจำนวนร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ จำแนกรายจังหวัด 3 ปีย้อนหลัง



ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

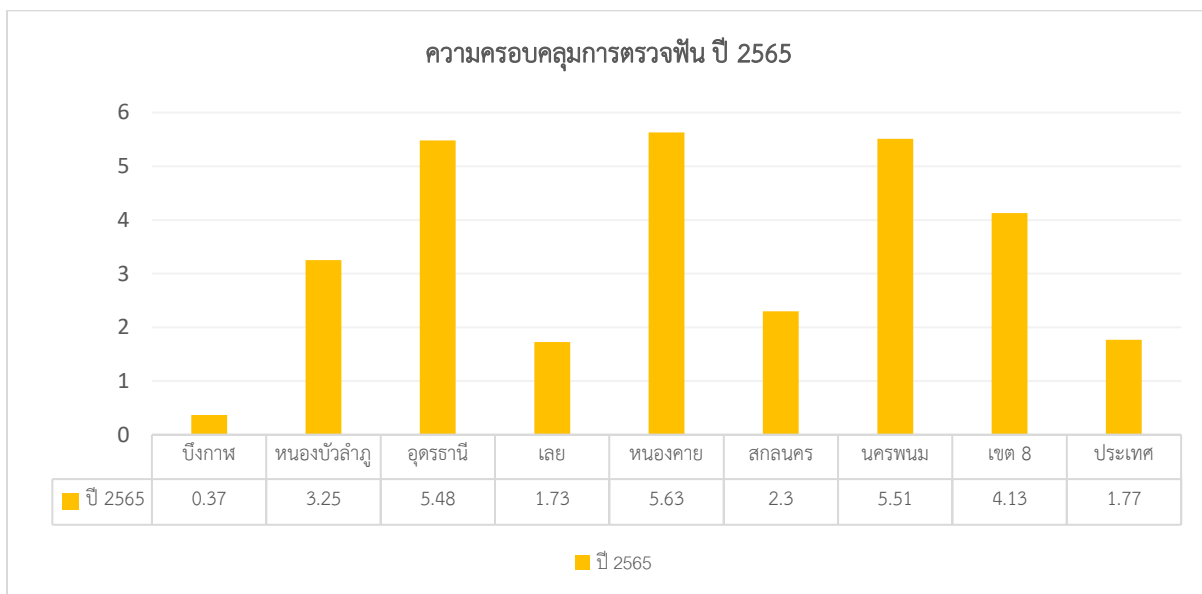
จากกราฟแสดงร้อยละผู้สูงอายุ ที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า เขตสุขภาพที่ 8 อยู่ที่ร้อยละ 79.5 แนวโน้มจังหวัดที่มีร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ จังหวัดหนองบัวลำภู อุดรธานี สกลนคร และนครพนม มี 1 จังหวัดที่มีแนวโน้มลดลงคือ จังหวัดหนองคายและเขตมีแผนการกำกับติดตามในปลายเดือนธันวาคมนี้ จึงทำให้เขตสุขภาพที่ 8 มีแนวโน้มสูงขึ้น และเป็นอันดับ 1 ของประเทศ

แผนภาพที่ 18 แสดงจำนวนร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2565



ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพที่ 19 แสดงจำนวนร้อยละความครอบคลุมการตรวจพัน ปี 2565



ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

จากกราฟแสดงร้อยละผู้สูงอายุ ที่มีพันธุกรรมใช้งาน 20 ซี หรือ 4 คู่สับ ระดับเขต อยู่ที่ร้อยละ 80.46 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายระดับประเทศ มีจังหวัดที่ผ่านค่าเป้าหมายร้อยละ 84 คือ จังหวัดหนองบัวลำภู และอุดรธานี ในส่วนของความครอบคลุมการตรวจพันในระดับเขตอยู่ที่ร้อยละ 4.13 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ แต่ความครอบคลุมการตรวจพันยังอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งต้องมาตรการเร่งดำเนินการต่อไป

ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

ชื่อประเด็นความรู้ : คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

<https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/211989#>

(จากเว็บไซต์ สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย)

เหตุผลการนำประเด็นความรู้มาใช้ : เพื่อพัฒนาองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน 6 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ โภชนาการดี การเคลื่อนไหวดี สุขภาพช่องปากดี สมองดี มีความสุข และสิ่งแวดล้อมดี

ชื่อประเด็นความรู้ : คู่มือการใช้งาน Blue Book Application

<https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/205991>

(จากเว็บไซต์ สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย)

เหตุผลการนำประเด็นความรู้มาใช้ : เพื่อให้เกิด Platform สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุ อาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ และเกิดการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ

ชื่อประเด็นความรู้ : การขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ

<https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/211988>

(จากเว็บไซต์ สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย)

เหตุผลการนำประเด็นความรู้มาใช้ : เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

ชื่อประเด็นความรู้ : แนวทางการดำเนินงานตำบล Long Term Care

<https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/201572>

(จากเว็บไซต์ สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย)

เหตุผลการนำประเด็นความรู้มาใช้ : เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเข้าใจตรงกันในการดำเนินงานตำบล LTC รวมถึงองค์ประกอบของตำบล LTC ของปี 2565

ชื่อประเด็นความรู้ : การดำเนินงานกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)

<https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTE1Mg==>

(จากเว็บไซต์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.))

เหตุผลการนำประเด็นความรู้มาใช้ : เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเป็นแนวทางในการดำเนินงานกองทุน LTC ให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข ให้มีความเข้าใจตรงกันและมั่นใจในการเบิกจ่ายเงินกองทุนมากยิ่งขึ้น

ชื่อประเด็นความรู้ คู่มือการบริหารจัดการการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก (Fee Schedule)

https://issuu.com/badindog/docs/free_schedule

เหตุผลการนำประเด็นความรู้มาใช้ เพื่อเพิ่มเข้าใจในการบันทึกข้อมูลการให้บริการและการเบิกจ่าย
ของกลุ่มจำเพาะ

ชื่อประเด็นความรู้ Oral health literacy

<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0003/00003259.PDF>

เหตุผลการนำประเด็นความรู้มาใช้ เพื่อเป็นข้อมูลความรู้และเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปาก
ของประชาชนทุกกลุ่มวัย

รายงานตัวชีวิต กพร.

รอบที่ 1 : 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566)

ตัวชีวิตที่ 1.4ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

2. Advocacy/Intervention

การกำหนดมาตรการและแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตัวชีวิตที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

2.1 มีมาตรการขับเคลื่อนตัวชีวิต

กลยุทธ์ ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุ ได้กำหนดมาตรการ ดังนี้

1. สนับสนุนการประเมินการคัดกรอง / การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผ่าน Digital Health Platform
2. สนับสนุนการสื่อสาร / การใช้องค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชนครอบครัว ชุมชน
3. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness Plan)
4. สนับสนุนการรวมกลุ่มเชิงสังคม /กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพด้านสุขภาพ
5. สนับสนุนการดำเนินงาน Age-Friendly Communities ร่วมกับภาคีเครือข่ายท้องถิ่น
6. สนับสนุนการจัดบริการส่งเสริมและป้องกันทางทันตกรรมแบบผสมผสานตามความจำเป็น

กลยุทธ์ ยกระดับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้กำหนดมาตรการ ดังนี้

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Long Term Care และ Palliative Care ในชุมชน
2. ขับเคลื่อนการออกข้อบัญญัติและการใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับการดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564
3. ยกระดับมาตรฐานหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของ CM CG และผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรือนจำ
4. บูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

กลยุทธ์ ส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ ได้กำหนดมาตรการ ดังนี้

1. ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ภายใต้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ในเขตสุขภาพที่ 8
2. ร่วมพัฒนาระบบฐานข้อมูล ศาสนสถานและสุขภาพพระสงฆ์ โปรแกรม Health Temple
3. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพพระสงฆ์ สามเณร และแม่ชี ในเขตสุขภาพที่ 8

2.2 แผนขับเคลื่อนการดำเนินงานตัวชี้วัด ซึ่งทางศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์ได้จัดทำแผนปฏิบัติการตามโครงการดังนี้

1. โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางชะลอชรา ชีววัยยืนยาว และพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ปี 2566 ใช้งบประมาณ 345,660 (สามแสนสี่หมื่นห้าพันหกร้อยหกสิบบาทถ้วน)

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ : 1. ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

2. ร้อยละ 63 ของผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่

1 เป้าหมายโครงการ	จำนวน	หน่วยนับ
1. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	50	ร้อยละ
2. ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งาน	63	ร้อยละ
2 ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	จำนวน	หน่วยนับ
เชิงปริมาณ : ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	14,748	ฉบับ
: พื้นที่ต้นแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์	7	แห่ง
: ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์	35	แห่ง
: ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	42	ร้อยละ
: ชมรมผู้สูงอายุรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	14	แห่ง
เชิงคุณภาพ : ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	52	ร้อยละ
เชิงเวลา : การดำเนินโครงการระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566		

2. โครงการขับเคลื่อนระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวแบบบูรณาการ (Long Term Care) แบบ New Normal เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566

ใช้งบประมาณ 291,870 บาท (สองแสนเก้าหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ : ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

1 เป้าหมายโครงการ	จำนวน	หน่วยนับ
1. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	95	ร้อยละ
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับเทศบาลนคร เทศบาลเมือง มีการออก ข้อบัญญัติและขับเคลื่อนการใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ	20	ร้อยละ
2 ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	จำนวน	หน่วยนับ
เชิงปริมาณ : ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรอง ADL อย่างน้อย	693,980	คน
: ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับการฟื้นฟูและ พัฒนาศักยภาพ	1	ครั้ง
: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับเทศบาลนคร เทศบาลเมือง ได้รับการพัฒนาศักยภาพแนวทางการออกข้อบัญญัติและขับเคลื่อนการใช้ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ	1	ครั้ง
เชิงคุณภาพ : ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan มี ADL ดีขึ้น	22	ร้อยละ
เชิงเวลา : การดำเนินโครงการระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566		

ลำดับ	กิจกรรม	มาตรการ	กลุ่มเป้าหมาย	แผน / งบประมาณ												
				ไตรมาส 1			ไตรมาส 2			ไตรมาส 3			ไตรมาส 4			
				ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
3	ประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงแนวทางปฏิบัติ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ.2564	ขับเคลื่อนการออกข้อบัญญัติ และการใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564	ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการออกประกาศฯ ในเทศบาลนครและเทศบาลเมือง 85 คน		38,200											
4	ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	1. พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Long Term Care และ Palliative Care ในชุมชน 2. บูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	ผู้รับผิดชอบงาน ผส. สสจ. บุคคลและองค์กรต้นแบบ อปท. จำนวน 80 คน									75,000				
5	ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)	1. พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Long Term Care และ Palliative Care ในชุมชน 2. บูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	เจ้าหน้าที่ สธ. ชมรมผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้อง 7 จังหวัด									25,800				

3. โครงการพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566

ใช้งบประมาณ 116,925 บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นหกพันเก้าร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน)

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ : 17. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง

1 เป้าหมายโครงการ	จำนวน	หน่วยนับ
1. พระคิลานุปัฏฐาก/ภาคีเครือข่ายกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1	ครั้ง
2. พระสงฆ์ที่เป็นผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์	20	ร้อยละ
3. วัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์	40	ร้อยละ
2 ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	จำนวน	หน่วยนับ
เชิงคุณภาพ : วัดส่งเสริมสุขภาพพัฒนาสู่วัดรอบรู้สุขภาพ	7	แห่ง
เชิงปริมาณ : พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด – พระ อสว.) (2 รูป/ตำบล)	1,288	รูป
: วัดส่งเสริมสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 8 ผ่านเกณฑ์	1,788	วัด
เชิงเวลา : ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566		

ลำดับ	กิจกรรม	มาตรการ	กลุ่มเป้าหมาย	แผน / งบประมาณ											
				ไตรมาส 1			ไตรมาส 2			ไตรมาส 3		ไตรมาส 4			
				ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
4	ติดตาม / ประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ	ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ภายใต้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติในเขตสุขภาพที่ 8	วัดในเขตสุขภาพที่ 8									บูรณาการกับกิจกรรมเมืองที่เป็นมิตร			
5	คัดเลือกวัดส่งเสริมสุขภาพ / พระคิลาณุปฏิฐานาก / พระสงฆ์ต้นแบบ / แม่ชีต้นแบบ	ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ภายใต้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติในเขตสุขภาพที่ 8	วัด / พระคิลาณุปฏิฐานาก / พระสงฆ์ต้นแบบ / แม่ชีในเขตสุขภาพที่ 8									ดำเนินการร่วมกับโครง LTC			

