

โครงการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการบนพื้นฐานนวัตกรรม
และภูมิปัญญาท้องถิ่นตำบลคู้ตะเภา อำเภอมืองจังหวัดอุดรดิตถ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กัญญารัตน์	ผิงบรรหาร
รองศาสตราจารย์ณิชารีย์	ใจคำวัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัชญาสุ	ช่างเรียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิติพร	เทียรพนนิกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รดี	ธนารักษ์
อาจารย์อรรณญา	อินสอน

โครงการพันธกิจสัมพันธ์ตามยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น
ภายใต้แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

ชื่อแผนงานตามยุทธศาสตร์ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพลิกโฉมมหาวิทยาลัยสู่ความเป็นเลิศ
ชื่อโครงการหลัก โครงการยกระดับระบบ กลไกและนวัตกรรมสังคมสุขภาวะ
ชื่อโครงการ เสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการบนพื้นฐานนวัตกรรม
และภูมิปัญญาท้องถิ่นตำบลคั้งตะเกา อำเภอเมืองจังหวัดอุดรดิตถ์
หน่วยงาน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

เป้าหมาย

1. ติดตามและจัดหาช่องทางการจำหน่ายนวัตกรรมสมุนไพรในครัวเรือน
2. นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลอย่าง บูรณาการและต่อเนื่อง เชื่อมโยงระหว่างชุมชนและสถานบริการสุขภาพ

กิจกรรมและการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 1 ประชุมคณะทำงานชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงาน

วันที่ 26 ธันวาคม 2569

ประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ และศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

-ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการ

-จัดทำแนวทางและเครื่องมือการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม

-กำหนดเพิ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง คือ Dementia กลุ่มเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้ม กลุ่มมวลกล้ามเนื้อลดลง

กิจกรรมที่ 2 เตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินโครงการ

ครั้งที่ 1 วันที่ 6-9 มกราคม 2569 ประสานงานกับผู้ใหญ่บ้านหมู่ 2 ,5, 6 และ 8 ชี้แจงเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ และเสนอชื่อผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมหมู่บ้านละ 15 คน

ครั้งที่ 2 วันที่ 11 มกราคม 2569

ประชุมร่วมกับแกนนำชุมชน ผู้สํานงานในชุมชนและวิสาหกิจชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการ แผนการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 3 ลงพื้นที่สำรวจข้อมูล

3.1 สมุนไพรและภูมิปัญญาในชุมชนคั้งตะเกาและปราชญ์ชาวบ้าน วันที่ 4-12 ธันวาคม 2568 ลงพื้นที่สำรวจสมุนไพร

3.2 ประเมินแบบองค์รวม(CGA) ผู้สูงอายุ วันที่ 24-27 มกราคม 2569 และ 1 กุมภาพันธ์ 2569 ลงพื้นที่ประเมินสุขภาวะแบบองค์รวม และความสุขมวลรวม

กิจกรรมที่ 4 จัดโครงการฝึกอบรม

4.1 วันที่ 20 มกราคม 2569 จัดโครงการอบรม “พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะในยุคดิจิทัล” ให้กับทีมผู้นำและผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 15 คน ณ ห้องประชุมธรรมมาภิบาล เทศบาลตำบลคั้งตะเกา

4.2 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2569 จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “เสริมสร้างรายได้และสุขภาวะด้วยนวัตกรรมสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่น” ให้กับทีมผู้นำและผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 15 คน ณ ห้องประชุมธรรมมาภิบาล เทศบาลตำบลคั้งตะเกา

กิจกรรมที่ 5 ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 11 มีนาคม 2569 นำเสนอยกร่างแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพ ข้อมูลจากการวิเคราะห์บริบทความต้องการของชุมชน และการประเมินสภาวะของผู้สูงอายุในกิจกรรมที่ 2

ครั้งที่ 2 วันที่ 26 มีนาคม 2569 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในกลุ่มเปราะบางเล็กน้อย

ครั้งที่ 3 วันที่ 1 เมษายน 2569 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดี

ครั้งที่ 4 วันที่ 22 เมษายน 2569 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางระดับปานกลาง

ครั้งที่ 5 วันที่ 29 เมษายน 2569 สรุปผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

กิจกรรมที่ 6 อบรมเชิงปฏิบัติการการฟื้นฟูสภาวะผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง "โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการฟื้นฟูสภาวะผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง" กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน

กิจกรรมที่ 7 ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน วันที่ 24 เมษายน 2569 ประเมินสภาวะของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 60 คน และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ 4 หมู่บ้าน จำนวน 266 คน วันที่

กิจกรรมที่ 8 ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน วันที่ 30 เมษายน 2569

ผลการดำเนินโครงการ "

1. นวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ (Innovation & Knowledge Assets) โครงการประสบความสำเร็จในการสร้างและรวบรวมนวัตกรรมที่ผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นและหลักวิชาการสมัยใหม่ ดังนี้

1.1 ชุดนวัตกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรชุมชน: พัฒนาผลิตภัณฑ์รวม 6 ประเภท เพิ่มขึ้นจากเป้าหมายเดิม 5 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดจากสมุนไพร 4 ประเภท คือ น้ำยาล้างจาน น้ำยาทำความสะอาดพื้น น้ำยาซักผ้า น้ำยาปรับผ้านุ่มและน้ำมันนวดสมุนไพรว่านมาเหลียง ซึ่งเป็นการยกระดับภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่มาตรฐานเชิงพาณิชย์

1.2 แนวปฏิบัติทางคลินิกและสังคม เกิดนวัตกรรม "แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Elderly Care Practice)" ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติและคู่มือมาตรฐานสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

2. ชุดข้อมูลและหลักสูตรการเรียนรู้ดิจิทัล (Data & Curriculum) มีการจัดทำชุดข้อมูลเชิงวิชาการเพื่อการเรียนรู้และการบริหารจัดการสุขภาพ รวม 4 ชุดข้อมูล และ 3 หลักสูตร ประกอบด้วย

2.1 ชุดข้อมูลภูมิปัญญาสมุนไพรท้องถิ่นตำบลคู้ตะเกา

2.2 Local Wisdom Digital Learning Set ชุดข้อมูลดิจิทัลเพื่อการสืบทอดภูมิปัญญาสมุนไพร

2.3 Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) ชุดข้อมูลการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมเพื่อการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพอย่างแม่นยำ

2.3 หลักสูตรการเสริมสร้างรายได้ พัฒนาหลักสูตรที่เน้นการปฏิบัติจริงเพื่อสร้างความยั่งยืนทางเศรษฐกิจให้แก่ผู้สูงอายุ

3. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Partnership) โครงการสามารถขยายเครือข่ายความร่วมมือได้ถึง 18 เครือข่าย เกินกว่าเป้าหมาย 14 เครือข่าย โดยมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่าง

3.1 ภาควิชาการ: คณะพยาบาลศาสตร์, คณะวิทยาศาสตร์, และคณะวิทยาการจัดการ
จัดการ

3.2 ภาคนโยบาย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี, โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก, โรงพยาบาลพิษณุเวชอุดรธานี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

3.3 ภาคชุมชนและท้องถิ่น: เทศบาลตำบลคิ่งตะเกียบ, วัดคิ่งตะเกียบ และวิสาหกิจชุมชนฯ

3.3 ภาคเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลพิษณุเวช

4. ดัชนีชี้วัดความสำเร็จทางสังคมและสุขภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการ: ผู้สูงอายุถึง 300 คน ได้รับการประเมินสุขภาพ สูงกว่าเป้าหมายเดิม 150 คน

4.2 ผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดีได้รับการส่งเสริมสุขภาพและรายได้ จำนวน 30 คน

4.3 ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางได้รับฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันสุขภาพเสื่อมถอย จำนวน 30 คน

4.4 ผลการประเมินดัชนีความสุขมวลรวม (GVH) ในพื้นที่ 4 หมู่บ้านเป้าหมาย อยู่ใน ระดับมาก ($X = 3.93$, $S.D. = .77$)

4.5 พื้นที่ต้นแบบ: เกิดพื้นที่เรียนรู้สุขภาพและวิสาหกิจชุมชนต้นแบบรวม 5 พื้นที่ (หมู่ 2, 3, 5, 6, 8) ซึ่งเป็นโมเดลการจัดการตนเองของชุมชน

5. การตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs Integration) **ผลผลิตของโครงการสอดคล้องกับเป้าหมายระดับสากลอย่างชัดเจน ดังนี้**

5.1 SDG 3 และ SDG 10 ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างสุขภาพที่ดีผ่านการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มเปราะบาง

5.2 SDG 4 และ SDG 8 พัฒนาทักษะใหม่ (Reskill/Upskill) และสร้างงานที่มีคุณค่าผ่านวิสาหกิจชุมชนสมุนไพร

5.3 SDG 11 สร้างชุมชนที่เข้มแข็งและยั่งยืนโดยใช้ต้นทุนทางสังคม ภูมิปัญญาและผู้สูงอายุเป็นตัวขับเคลื่อน

สรุปภาพรวมโครงการนี้ไม่ได้เป็นเพียงการจัดอบรม แต่เป็นการสร้างระบบนิเวศการดูแลผู้สูงอายุ" (Elderly Care Ecosystem) ครอบคลุมทั้งเครื่องมือ นวัตกรรม องค์ความรู้ คือชุดข้อมูล, และโครงสร้างทางสังคม คือ เครือข่ายและวิสาหกิจ ที่พร้อมสำหรับการเป็นโมเดลต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นต่อไป

กิจกรรมที่ 1
ประชุมคณะทำงานชี้แจงรายละเอียดการ

กิจกรรมที่ 1 ประชุมคณะทำงานชี้แจงรายละเอียดการ

ครั้งที่ 1 วันที่ 26 ธันวาคม 2569

ประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

-ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการ

-จัดทำแนวทางและเครื่องมือการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม

-กำหนดضم่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง คือ Dementia กลุ่มเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้ม กลุ่มมวลกล้ามเนื้อลดลง







กิจกรรมที่ 2

เตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินโครงการ

รายงานผลการดำเนินงานเชิงวิชาการ

กิจกรรมที่ 2: การเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินโครงการและสร้างข้อตกลงร่วมกับภาคีเครือข่าย วันที่
ดำเนินการ: 11 มกราคม 2569 สถานที่: พื้นที่ตำบลคู้ตะเภา อำเภอมะนัง จังหวัดอุตรดิตถ์

1.วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

การประชุมร่วมกับแกนนำชุมชนและวิสาหกิจชุมชนในระยะเริ่มต้น ไม่ใช่เพียงการแจ้งเพื่อทราบ แต่คือกระบวนการ "สร้างความเป็นเจ้าของร่วมกัน" (Community Ownership) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์เชิงวิชาการ 3 ประการ คือ

1. เพื่อปรับทิศทางเป้าหมายของโครงการให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของคนในตำบลคู้ตะเภา
2. เพื่อสร้างการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมวิจัย ทีมสาธารณสุข (รพ.สต.) และทีมภาคสังคม คือ วิสาหกิจชุมชน/แกนนำ
3. เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของแผนการดำเนินงานในทางปฏิบัติก่อนลงพื้นที่จริง

2.กระบวนการสร้างส่วนร่วมและกลไกการขับเคลื่อน

ในวันที่ 11 มกราคม 2569 คณะทำงานได้นำเสนอแนวทางการดำเนินงานผ่านโมเดล "นวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุและสร้างรายได้บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น" โดยมีการหารือในประเด็นสำคัญดังนี้

2.1 การระบุกลุ่มเป้าหมายเชิงลึก ที่ประชุมได้ร่วมกันทบทวนรายชื่อประชากรผู้สูงอายุ 940 คน เพื่อวางแผนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง 295 คน โดยแกนนำชุมชนได้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสภาพภูมิศาสตร์และปัจจัยทางสังคมของแต่ละหมู่บ้าน (หมู่ 2, 3, 5, 6, และ 8) ซึ่งช่วยให้ทีมงานสามารถวางแผนการเข้าถึงผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่มีทักษะ "ตกหล่น" จากกระบวนการสำรวจปกติได้แม่นยำขึ้น

2.2 การออกแบบนวัตกรรมร่วมกัน โดยมอบคู่มือนวัตกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร เปิดโอกาสให้กลุ่มวิสาหกิจชุมชนแสดงความเห็นต่อกระบวนการผลิตและวัตถุดิบสมุนไพรที่มีอยู่ในพื้นที่ เพื่อให้มั่นใจว่าผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาขึ้นจะสามารถผลิตได้จริงโดยคนในชุมชน และสร้างรายได้เสริมให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

3. วิเคราะห์โครงสร้างความร่วมมือเครือข่าย ผลจากการประชุมครั้งนี้ทำให้เกิดแผนผังเครือข่ายที่ชัดเจน โดยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ตามความเชี่ยวชาญ ดังนี้:

3.1 คณะพยาบาลศาสตร์ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและทีมวิจัย ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้เรื่องการประเมิน CGA และการดูแลสุขภาพ

3.2 ฝ่ายปฏิบัติการในพื้นที่: รพ.สต. และ อสม. ทำหน้าที่เป็น "โซ่ข้อกลาง" ในการติดตามประเมินผลสุขภาวะที่บ้าน

3.3 ฝ่ายพัฒนาเศรษฐกิจฐานราก: วิสาหกิจชุมชนและแกนนำหมู่บ้าน ทำหน้าที่บริหารจัดการกลุ่มการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร

4. การจัดการความเสี่ยงเชิงปฏิบัติการ ที่ประชุมได้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างดำเนินโครงการ เช่น

4.1 ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยี จึงมีการปรับแผนจากการเน้นดิจิทัลเพียงอย่างเดียว เป็นการปรับระบบ "พี่เลี้ยงอาสา" ให้กับผู้สูงอายุ

4.2 ข้อจำกัดทางกายภาพของผู้สูงอายุเปราะบาง: มีการเสนอให้จัดกิจกรรมฟื้นฟูในลักษณะ "Mobile Unit" หรือการเยี่ยมบ้านในรายที่เคลื่อนย้ายลำบาก

5. ผลที่ได้จากการเตรียมความพร้อม

จากการประชุมในวันที่ 11 มกราคม 2569 ได้รับผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมคือ

1. **ข้อตกลงร่วมกัน (Common Agreement)** แผนปฏิบัติงาน (Action Plan) รายเดือนที่ทุกภาคส่วนเห็นชอบร่วมกัน
2. **ฐานข้อมูลเบื้องต้น:** รายชื่อแกนนำและผู้ประสานงานหลักในแต่ละหมู่บ้านที่จะเป็นแม่ข่ายในการขับเคลื่อน
3. **กรอบการประเมินผล:** การกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จร่วมกัน โดยเน้นที่ความสุขมวลรวม (GVH) รายได้และการลดภาวะเปราะบาง

แนวทางการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงวิสาหกิจชุมชน (Empowering Community Mentors)

ในการประชุมวันที่ 11 มกราคม 2569 คณะทำงานได้ให้ความสำคัญกับการคัดเลือกและเตรียมความพร้อม "พี่เลี้ยงวิสาหกิจชุมชน" จากหมู่ 3 บ้านป่าขนุน ซึ่งเป็นหมู่บ้านต้นแบบพี่เลี้ยง เพื่อทำหน้าที่ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่หมู่ 2, 5, 6 และ 8 โดยมีรายละเอียดภารกิจเชิงวิชาการ ดังนี้

1. การถ่ายทอดนวัตกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร 5 ชนิด (Technical Transfer) พี่เลี้ยงวิสาหกิจชุมชนจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านมาตรฐานการผลิต เพื่อให้ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพสม่ำเสมอ

1.1 การควบคุมมาตรฐาน (Quality Control) อบรมเทคนิคการสกัดสมุนไพร เช่น การเคี่ยว น้ำมันวาน้ำมันเหลือง ให้ได้สาระสำคัญสูงสุดและปลอดภัย

1.2 การจัดทำสูตรมาตรฐาน (Standard Operating Procedure: SOP) จัดทำคู่มือการทำนํ้ายาล้างจาน นํ้ายาสักผ้า และนํ้ายาปรับผ้านุ่มจากสมุนไพร เพื่อให้แต่ละหมู่บ้านผลิตได้ตามมาตรฐานเดียวกัน

1.3 สุขาภิบาลการผลิต การเตรียมสถานที่ผลิตให้สะอาด ถูกสุขลักษณะตามหลักเกณฑ์เบื้องต้นของ อย. หรือมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน

2. การเชื่อมโยง "ผลิตภัณฑ์" สู่ "การบำบัดฟื้นฟู" เป็นจุดเด่นของโครงการนี้ที่พี่เลี้ยงต้องทำความเข้าใจ คือผลิตภัณฑ์ไม่ได้มีไว้เพื่อขายอย่างเดียว แต่มีไว้เพื่อ "ส่งเสริมสุขภาพ" คือ กิจกรรมสร้างอาชีพเพื่อบำบัด (Occupational Therapy) พี่เลี้ยงถูกเตรียมความพร้อมให้จัดกระบวนการกลุ่ม โดยใช้การทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็น "กิจกรรมบำบัด" เพื่อฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็ก การกะตวง และการใช้สมาธิสำหรับผู้สูงอายุ

3. บทบาทการเป็น "พี่เลี้ยงดิจิทัลและบริหารจัดการ" เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทาง SDG 8 และ SDG 11 พี่เลี้ยงจะได้รับการบ่มเพาะในด้าน

3.1 การจัดการวิสาหกิจชุมชน: การวางระบบบัญชีครัวเรือนง่ายๆ การคำนวณต้นทุน-กำไร และการบริหารจัดการวัตถุดิบสมุนไพรในพื้นที่ตำบลคิ่งตะเกา

3.2 การตลาดดิจิทัลเบื้องต้น เตรียมความพร้อมในการนำผลิตภัณฑ์เข้าสู่แพลตฟอร์มออนไลน์ หรือการสื่อสารผ่านกลุ่ม LINE ชุมชน เพื่อสร้างช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและการสั่งซื้อภายในตำบล

3.3 การเป็นผู้บันทึกข้อมูล พี่เลี้ยงจะทำหน้าที่ช่วยรวบรวมข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกับชุดข้อมูลสุขภาพ

4. จิตวิทยาการสื่อสารสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องทำงานกับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง พี่เลี้ยงจะได้รับคำแนะนำเรื่อง:

- 4.1 การให้กำลังใจ เทคนิคการชื่นชมเพื่อสร้างความภาคภูมิใจใน
คุณค่าของตนเอง (Self-esteem) ให้กับผู้สูงอายุ
- 4.2 การฟังอย่างตั้งใจ เพื่อรับฟังภูมิปัญญาดั้งเดิมจากผู้สูงอายุแล้วนำมาปรับปรุงนวัตกรรม
ผลิตภัณฑ์ให้มีความหลากหลายมากขึ้น

บทสรุป

การเตรียมความพร้อมครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการ **Community-Based Participatory (CBP)** ผลจากการประชุมไม่เพียงแต่ทำให้ได้แผนงานที่ชัดเจน แต่ยังเป็นการสร้าง "แรงบันดาลใจ" ให้แก่คนในพื้นที่ตำบลคู้งตะเภา ในการเตรียมความพร้อมเพื่อยกระดับสู่การเป็น "**พื้นที่ต้นแบบการเรียนรู้สู่สุขภาวะชุมชน**" ที่เข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่โครงการตั้งไว้

ภาคผนวก
คู่มือสำหรับแกนนำชุมชนและพี่เลี้ยงวิสาหกิจชุมชน

โครงการพลังปัญญาผู้สูงวัยคั่งตะเกา: ใส่ใจความสะอาด ด้วยศาสตร์สมุนไพรชุมชน

เสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อมยั่งยืน



คำนำ

สภาพการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงเป็นวาระสำคัญที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตระหนักถึงคุณค่าและศักยภาพของผู้สูงอายุในฐานะ "คลังปัญญา" ของแผ่นดิน ที่สั่งสมประสบการณ์และองค์ความรู้อันทรงคุณค่ามายาวนาน

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นคู่มือการดำเนินงาน "โครงการพลังปัญญาผู้สูงอายุคุ้มตะเกา: ใส่ใจความสะอาด ด้วยศาสตร์สมุนไพรชุมชน" ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักในการบูรณาการองค์ความรู้ด้านสมุนไพรท้องถิ่นกับผู้สูงอายุในตำบลคุ้มตะเกามีความเชี่ยวชาญ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาวะและความสะอาดในครัวเรือนและชุมชน โครงการนี้ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการผลิตเพื่อสร้างรายได้ทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่หัวใจสำคัญคือการสร้างพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพ ความภาคภูมิใจ และการมีส่วนร่วมทางสังคม ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวที "สภากาแฟ" การร่วมกันพัฒนาสูตรผลิตภัณฑ์ และการถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่คนรุ่นใหม่ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนจากฐานราก

ความสำเร็จของโครงการนี้ เกิดขึ้นจากพลังความร่วมมือของเครือข่ายผู้สูงอายุตำบลคุ้มตะเกา ที่ได้สละเวลาและแรงกายแรงใจนำภูมิปัญญามาสร้างสรรค์ประโยชน์แก่ส่วนรวม รวมถึงการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากองค์การบริหารส่วนตำบลคุ้มตะเกา ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่เล็งเห็นความสำคัญของการสร้าง "พลวัตพลัง" (Active Aging) ให้เกิดขึ้นจริงในพื้นที่

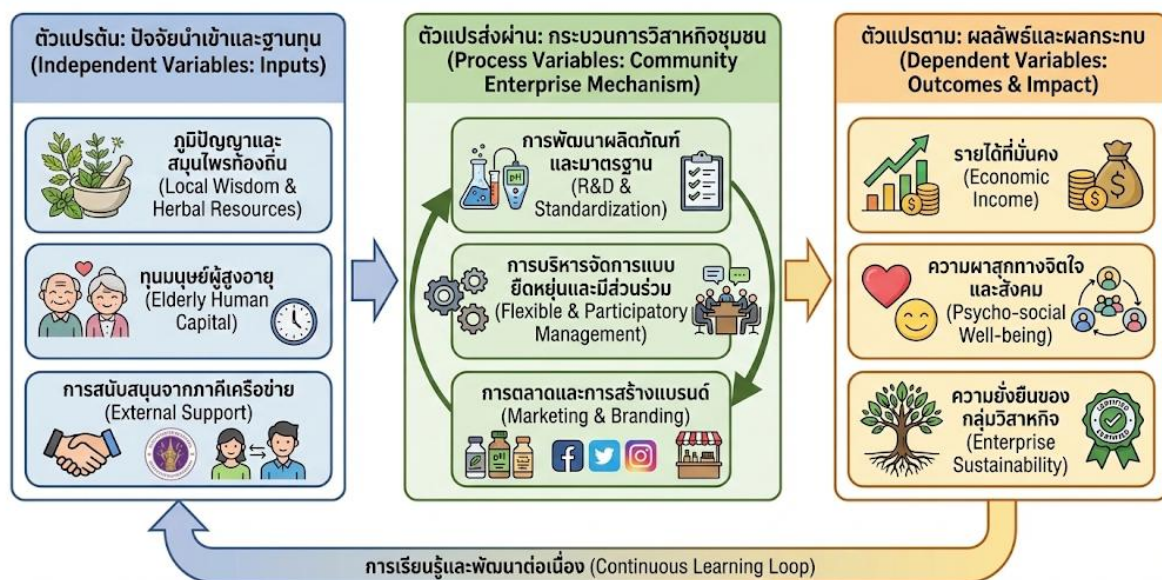
คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการเผยแพร่แนวคิดและกระบวนการทำงาน ที่สามารถนำไปปรับใช้เป็นต้นแบบในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยฐานทุนทางวัฒนธรรม และนำไปสู่การต่อยอดการพัฒนาชุมชนคุ้มตะเกาให้เป็นสังคมที่อุดมด้วยปัญญา มีสุขภาวะที่ดี และมีความยั่งยืนสืบไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหารและคณะ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

แนวทางการส่งเสริมรายได้ของผู้สูงอายุในชุมชนผ่านกระบวนการวิสาหกิจชุมชน

แนวทางการส่งเสริมรายได้ของผู้สูงอายุในชุมชนผ่านกระบวนการวิสาหกิจชุมชน เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญมากในการรองรับสังคมสูงวัย เพราะไม่ใช่แค่การสร้าง "เงิน" แต่เป็นการสร้าง "คุณค่า" "สุขภาพจิต" และ "การมีส่วนร่วมทางสังคม" ให้กับผู้สูงอายุการนำกระบวนการวิสาหกิจชุมชนมาปรับใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีแนวทางเฉพาะที่แตกต่างจากวิสาหกิจชุมชนทั่วไป โดยต้องคำนึงถึงข้อจำกัดด้านสุขภาพ ร่างกาย และเทคโนโลยี แต่ถึงจุดแข็งด้านภูมิปัญญา เวลา และความอดทนออกมาใช้ก็คือแนวทางปฏิบัติที่เป็นขั้นตอน (Step-by-Step Guidelines) ในการขับเคลื่อน

กรอบแนวคิดการวิจัย: รูปแบบการส่งเสริมรายได้ผู้สูงอายุผ่านวิสาหกิจชุมชนผลิตภัณฑ์สมุนไพร



ระยะที่ 1: การเตรียมความพร้อมและค้นหาต้นทุน (Preparation Phase)

หัวใจสำคัญ: เริ่มจากสิ่งที่ถนัด ทำในสิ่งที่รัก ไม่หักโหมร่างกาย

ขั้นตอนที่ 1 สสำรวจทุนมนุษย์และสุขภาพ (Human Capital & Health Audit)

○ **จัดเวทีพูดคุย:** เพื่อค้นหาทักษะที่ซ่อนอยู่อย่าเพิ่งตั้งเจตนาเรื่องธุรกิจ ให้เริ่มจากการชวนคุยว่า

- "ตายายทำอะไรเก่ง"
- สมัยหนุ่มสาวเคยทำอะไร"

○ **ประเมินสุขภาพ:** กิจกรรมต้องออกแบบให้สอดคล้องกับสภาพร่างกาย แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม:

- **กลุ่มติดสังคม (Active):** ทำงานหลัก เป็นแกนนำได้
- **กลุ่มติดบ้าน (Home-bound):** รับงานไปทำที่บ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้
- **กลุ่มติดเตียง (Bed-ridden):** อาจเป็นผู้ให้กำลังใจ หรือเป็นผู้ถ่ายทอดเรื่องเล่า (หากยังสื่อสารได้ดี)

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาอัตลักษณ์และภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom Discovery)

- สินค้าหรือบริการควรมาจาก "ของดีที่มีอยู่แล้ว" ในชุมชน เช่น สูตรอาหารโบราณของยาย งานจักสานของตา **สมุนไพรพื้นบ้าน** หรือเรื่องเล่าตำนานท้องถิ่น
- ข้อดี: ไม่ต้องลงทุนซื้อวัตถุดิบแพง และผู้สูงอายุมีความคุ้นเคย ไม่ต้องเรียนรู้ใหม่หมด

ขั้นตอนที่ 3 ปรับทัศนคติ (Mindset Shift)

- เปลี่ยนความคิดจาก "รอรับการสงเคราะห์" เป็น **"การพึ่งพาตนเองอย่างมีศักดิ์ศรี"**
- เน้นย้ำว่า**การรวมกลุ่มไม่ได้มุ่งหวังกำไรสูงสุดจนเครียด** แต่ทำเพื่อมีรายได้เสริม มีเพื่อน และมีความสุข

ระยะที่ 2: การออกแบบและจัดตั้งวิสาหกิจชุมชน (Design & Establishment Phase)

หัวใจสำคัญ: ออกแบบโครงสร้างที่ยืดหยุ่น งานเบา และเน้นการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 1 เลือกรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม (Suitable Activities)

- **งานหัตถกรรม (เบาแรง):** จักสาน งานผ้า งานประดิษฐ์จากวัสดุธรรมชาติ ที่ไม่ต้องใช้สายตาเพ่งมากเกินไป หรือใช้แรงเยอะ
- **การแปรรูปอาหาร/สมุนไพร (เน้นภูมิปัญญา):** ทำน้ำพริก ขนมหอยโบราณ ลูกประคบ ยาต้มสมุนไพร (เน้นความสะอาดและมาตรฐานเป็นสำคัญ)
- **การเกษตรในครัวเรือน (ปลอดภัย):** ปลูกผักสวนครัวในกระถาง เพาะเห็ด ปลูกสมุนไพร ที่ไม่ต้องก้มๆ เงยๆ หรือแบกของหนัก
- **วิสาหกิจบริการ (ขายเรื่องราว):** มัคคุเทศก์ท้องถิ่นเล่าประวัติศาสตร์ชุมชน, โฮมสเตย์ที่เน้นการต้อนรับแบบป่วนตายาย (โดยมีลูกหลานช่วยบริหาร)
- **การจัดโครงสร้างองค์กรที่ "ยืดหยุ่น" (Flexible Structure)**
- การแบ่งงานต้องชัดเจนแต่ไม่กดดัน เช่น "กลุ่มยาย ก. ทำหน้าที่เตรียมวัตถุดิบช่วงเช้า" "กลุ่มตา ข. ทำหน้าที่บรรจุภัณฑ์ช่วงบ่าย"
- ใช้ระบบ "ลงแขก" หรือ **"ธนาคารเวลา"** ในการทำงาน ไม่จำเป็นต้องเข้างาน 8 โมงเช้า เลิก 5 โมงเย็น เหมือนโรงงาน ให้ทำตามความพร้อมของร่างกาย

ขั้นตอนที่ 2 การผสมผสานระหว่างวัย (Intergenerational Approach)

ข้อนี้สำคัญมาก: วิสาหกิจผู้สูงอายุจะรอดยากหากขาดคนรุ่นใหม่ช่วยเรื่องเทคโนโลยีและการตลาด

- ให้ผู้สูงอายุเป็น "ผู้ผลิต/ผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้" (Production/Wisdom)
- ให้ลูกหลานหรือเยาวชนในชุมชนเป็น "ผู้ช่วยด้านการตลาดออนไลน์/บัญชี/ออกแบบ" (Marketing/Admin Support)

ระยะที่ 3: การดำเนินการและการตลาด (Operation & Marketing Phase)

หัวใจสำคัญ: "ขายความจริงใจ ขายสตอรี่ และรักษามาตรฐาน" การสร้างแบรนด์ด้วย "เรื่องเล่า"

- จุดขายที่แข็งแกร่งที่สุดของสินค้าผู้สูงอายุคือ "ความใส่ใจ" "ความดั้งเดิม" และ "ความจริงใจ"
- ตัวอย่าง: อย่าขายแค่ "น้ำพริกตาแดง" แต่ให้ขาย "น้ำพริกตาแดงสูตรยายสา เคี้ยวเตาถ่านนาน 4 ชั่วโมง เหมือนทำให้ลูกหลานกิน"
- ใช้ภาพถ่ายใบหน้าเปื้อนยิ้มของผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของแบรนด์

ช่องทางการตลาดที่เข้าถึงได้ (Accessible Channels)

- **ออฟไลน์ (ตลาดใกล้ตัว):** ตลาดนัดชุมชน, ร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาล, ศูนย์จำหน่ายสินค้า OTOP, งานวัด งานบุญ
- **ออนไลน์ (ตลาดใกล้ตัว):** ให้ลูกหลานช่วยเปิดเพจ Facebook, Line กลุ่มขายของ หรือเชื่อมโยงกับแพลตฟอร์ม e-Commerce ที่ภาครัฐสนับสนุน

การควบคุมคุณภาพ (Quality Control)

- แม้จะเป็นของทำมือ แต่ต้องมีมาตรฐานความสะอาดและความปลอดภัย โดยเฉพาะอาหาร (ควรขอ อย. เมื่อพร้อม)
- ต้องมีการจดบันทึกการขาย-รายจ่าย อย่างง่ายๆ เพื่อความโปร่งใสในกลุ่ม

ระยะที่ 4: การสร้างความยั่งยืนและปัจจัยสนับสนุน (Sustainability Phase)

หัวใจสำคัญ: "ดูแลสุขภาพกายใจ ควบคู่ไปกับรายได้"

- บูรณาการด้านสุขภาพเข้ากับอาชีพ (Health & Wealth Integration)
- ในสถานที่ทำงานของวิสาหกิจชุมชน ควรมีมุมตรวจสุขภาพเบื้องต้น มีกิจกรรมยืดเหยียดก่อนเริ่มงาน
- ประสานงานกับ รพ.สต. หรือ อสม. ให้เข้ามาเยี่ยมเยียนดูแลสุขภาพกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ

การจัดสรรผลประโยชน์ที่ไม่ใช่ตัวเงิน (Non-monetary Benefits):

- ถ้าใครส่วนหนึ่งควรนำมาจัดตั้ง "กองทุนสวัสดิการชุมชน" เพื่อดูแลสุขภาพยามเจ็บป่วย
- จัดกิจกรรมสังสรรค์ ท่องเที่ยว หรือทำบุญร่วมกัน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่ม

การเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายภายนอก (External Partnership)

- **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.):** สนับสนุนงบประมาณตั้งต้น สถานที่ หรือการฝึกอบรม
- **มหาวิทยาลัย/สถาบันการศึกษา:** เข้ามาช่วยวิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์ ออกแบบบรรจุภัณฑ์ให้ทันสมัย
- **พัฒนาชุมชน/เกษตรอำเภอ:** เป็นพี่เลี้ยงในการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชนและเชื่อมโยงตลาด

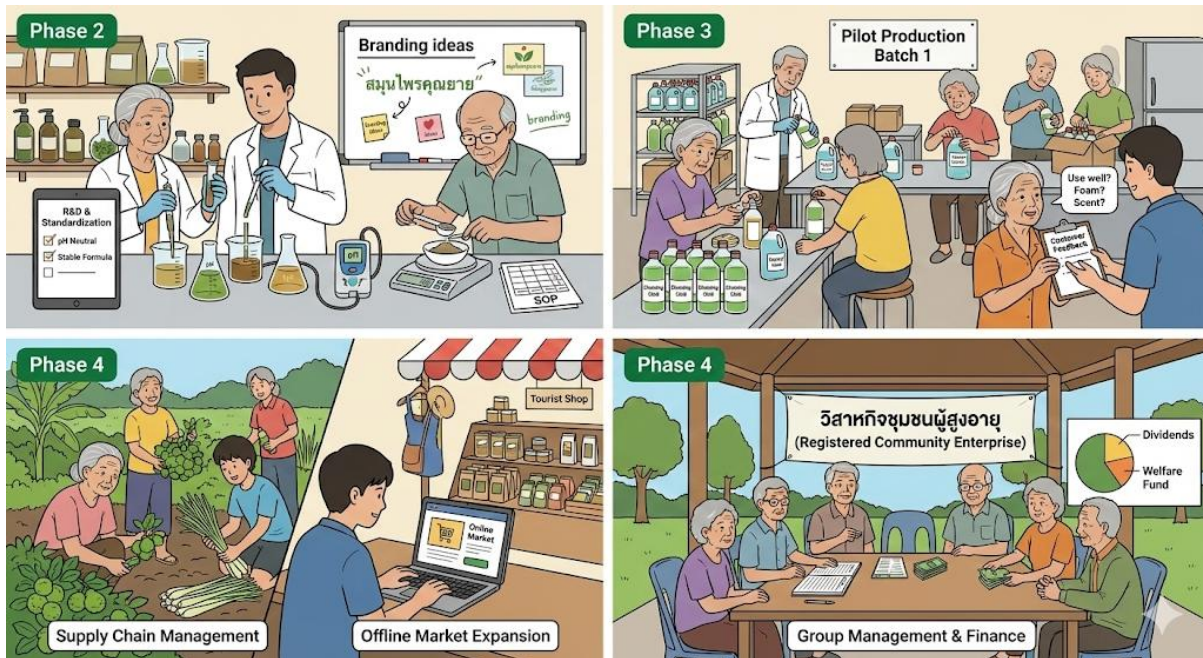
สรุป

การส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ใช่การมุ่งเน้นให้ท่านทำงานหนักเพื่อเร่งสร้าง GDP แต่เป็นการใช้กระบวนการวิสาหกิจชุมชนเป็นเครื่องมือในการคืนคุณค่า คืนสังคม และสร้างรายได้เสริมที่เพียงพอต่อการดำรงชีพอย่างมีความสุข โดยความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัย และได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากคนต่างวัยในชุมชนและหน่วยงานภายนอก



โครงการผลิตผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด น้ำยาล้างจาน น้ำยาถูพื้น น้ำยาซักผ้า จากสมุนไพรท้องถิ่น โดยมีผู้สูงอายุเป็นแกนนำขับเคลื่อนเป็นโครงการนำร่อง เพราะเป็นสินค้าที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (ซื้อง่ายขายคล่อง) ใช้ต้นทุนทางภูมิปัญญาที่สูงอายุถนัด และไม่สร้างภาระทางร่างกายมากเกินไป



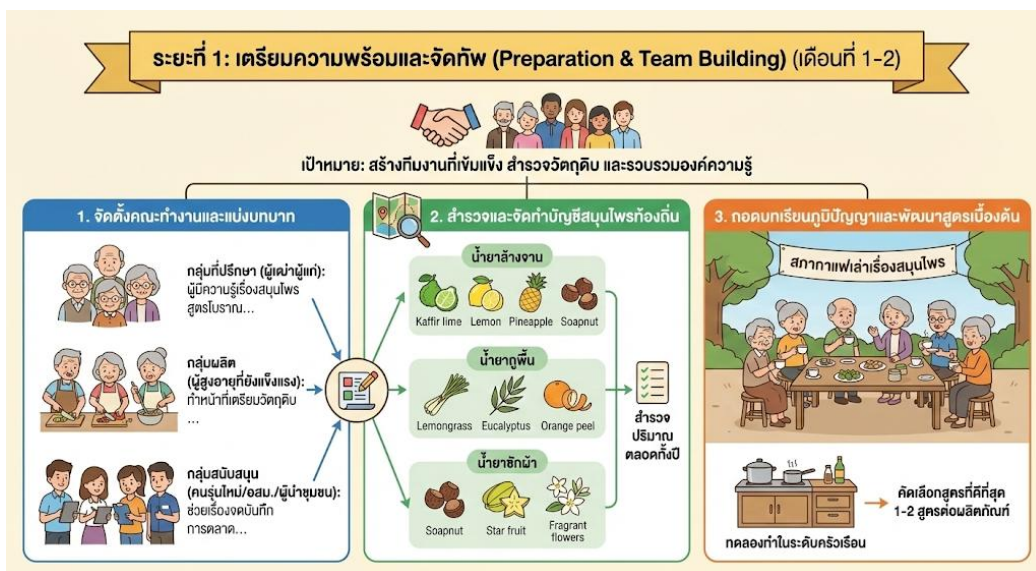


กลยุทธ์การดำเนินงาน

เพื่อให้โครงการนี้ประสบความสำเร็จและยั่งยืน ต้องมีการวางแผนที่เป็นขั้นเป็นตอน โดยเน้นการมีส่วนร่วมและศักยภาพของผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

ระยะที่ 1: เตรียมความพร้อม

(Preparation & Team Building) (เดือนที่ 1)



เป้าหมาย: สร้างทีมงานที่เข้มแข็ง สำรวจวัตถุดิบ และรวบรวมองค์ความรู้

วิธีดำเนินการ

1. จัดตั้งคณะทำงานและแบ่งบทบาท

- กลุ่มที่ปรึกษา (ผู้เฒ่าผู้แก่): ผู้ที่มีความรู้เรื่องสมุนไพร สูตรโบราณ ทำหน้าที่ให้คำแนะนำ และควบคุมคุณภาพกลั่น/สรรพคุณ
- กลุ่มผลิต (ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรง): ทำหน้าที่เตรียมวัตถุดิบ หั่น ต้ม กวน และบรรจุ (เน้นงานที่ไม่หนักเกินไป)
- กลุ่มสนับสนุน (คนรุ่นใหม่/อสม./ผู้นำชุมชน): ช่วยเรื่องการจดบันทึกสูตร การตลาด ออนไลน์ การขนส่ง และงานเอกสาร

2. สำรวจและจัดทำบัญชีสมุนไพรท้องถิ่น:

2.1 สำรวจว่าในชุมชนมีสมุนไพรอะไรที่นำมาใช้ได้บ้าง มีปริมาณเพียงพอหรือไม่ตลอดทั้งปี

○ ตัวอย่างสมุนไพร:

- น้ำยาล้างจาน: มะกรูด (ขจัดคราบมัน/กลิ่นหอม), มะนาว, สับปะรด (กัดคราบ), ประคำดีควาย (ให้ฟองธรรมชาติ)
- น้ำยาถูพื้น: ตะไคร้หอม (ไล่ยุง/กลิ่นหอม), ใบยูคาลิปตัส, เปลือกส้ม
- น้ำยาซักผ้า: ประคำดีควาย, มะเฟือง (ขจัดคราบโคล), ดอกไม้ที่มีกลิ่นหอมในท้องถิ่น



3. ถอดบทเรียนภูมิปัญญาและพัฒนาสูตรเบื้องต้น

3.1 จัดเวที "สภากาแฟเล่าเรื่องสมุนไพร" ให้ผู้สูงอายุมาแชร์สูตรการทำความสะอาดแบบโบราณ

3.2 รวบรวมสูตรเด่นๆ มาทดลองทำในระดับครัวเรือน คัดเลือกสูตรที่ดีที่สุด 1-2 สูตรต่อผลิตภัณฑ์



ระยะที่ 2: พัฒนาผลิตภัณฑ์และสร้างมาตรฐาน (Product Development & Standardization) (เดือนที่ 2)

ระยะที่ 2 : พัฒนาผลิตภัณฑ์และสร้างมาตรฐาน (Product Development & Standardization) (เดือนที่ 3-4)



เป้าหมาย: ได้สูตรที่นิ่ง มีคุณภาพสม่ำเสมอ และปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาสูตรและทดสอบประสิทธิภาพ (R&D)

- ความท้าทาย: ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมัก**เก็บได้ไม่นานและพองน้อย** อาจต้องผสมผสานสารเคมีพื้นฐานที่ปลอดภัย เช่น หัวเชื้อแฮมพู N70, สารกันเสียเกรดอาหาร ในสัดส่วนที่น้อยที่สุด เพื่อให้ใช้งานได้จริงและเก็บรักษาได้
- การสนับสนุน: ควรขอความร่วมมือจาก อาจารย์มหาวิทยาลัยในพื้นที่, กศน., หรือ พัฒนาชุมชน เพื่อเข้ามาช่วยปรับปรุงสูตรให้ได้มาตรฐาน (pH เป็นกลาง, ไม่ระคายเคือง)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างมาตรฐานการผลิต (SOP)

- จัดบันทึกสูตรอย่างละเอียด ชั่ง ตวง วัด ไม่ใช้การกะประมาณเพื่อให้รสชาติ กลิ่น และคุณภาพเหมือนเดิมทุกครั้งที่ผลิต
- กำหนดขั้นตอนการผลิตที่เน้นความสะอาดและปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบบรรจุภัณฑ์และตราสินค้า (Branding & Packaging):

- ชื่อแบรนด์: ควรสื่อถึงชุมชนและผู้สูงอายุ เช่น "สมุนไพร[ชื่อหมู่บ้าน]", "น้ำยาพลังเก่า"
- บรรจุภัณฑ์: เน้นเรียบง่าย ราคาถูก แต่ใช้งานสะดวก อาจเริ่มจากขวดพลาสติกใส ติดฉลากเกอร์ที่ออกแบบง่ายๆ **แต่บอกส่วนผสมชัดเจน**
- เรื่องเล่า (Storytelling): เตรียมเรื่องราวว่าผลิตภัณฑ์นี้มาจากภูมิปัญญาของใคร ช่วยสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุอย่างไร **จุดขายสำคัญ**

ระยะที่ 3: ทดลองผลิตและจำหน่าย

(Pilot Production & Marketing) (เดือนที่ 3)



เป้าหมาย: เริ่มต้นสร้างรายได้ และรับฟังความคิดเห็นลูกค้า

ขั้นตอนที่ 1 การผลิตล็อตแรก (Pilot Batch)

- ผลิตในปริมาณไม่มาก เช่น อย่างละ 50-100 ขวด เพื่อทดสอบระบบการทำงานของทีมงานและผู้สูงอายุ
- คำนวณต้นทุนจริง (ค่าวัตถุดิบ + ค่าแรง + ค่าบรรจุภัณฑ์ + ค่าน้ำค่าไฟ) เพื่อดังราคาขายที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 การเปิดตัวและวางจำหน่ายในพื้นที่ (Local Launch)

- กลุ่มลูกค้าแรก: คนในชุมชน, ร้านค้าสหกรณ์หมู่บ้าน, อบต., โรงเรียน, วัด เน้นให้คนใกล้ตัวได้ทดลองใช้ก่อน
- กิจกรรม: จัดบูธสาธิตการทำในงานประชุมหมู่บ้าน แจกผลิตภัณฑ์ขนาดทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมผลตอบรับ (Feedback Loop)

- สอบถามผู้ใช้: "ใช้ดีไหม?", "พองน้อยไปไหม?", "กลิ่นหอมหรือเปล่า?", "ราคาแพงไปไหม?"
- นำความคิดเห็นมาปรับปรุงสูตร ขั้นตอนนี้สำคัญมาก ต้องเปิดใจรับฟัง

ระยะที่ 4: ขยายผลและสร้างความยั่งยืน

(Growth & Sustainability) (เดือนที่ 4 เป็นต้นไป)



เป้าหมาย: สร้างความมั่นคงทางวัตถุดิบ ขยายตลาด และจดทะเบียนกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 1 การบริหารจัดการวัตถุดิบ (Supply Chain):

- ส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนปลูกสมุนไพรที่ต้องใช้ เช่น มะกรูด ตะไคร้หอม เพื่อรับซื้อเข้ากลุ่ม (สร้างรายได้อีกหนึ่ง)
- วางแผนการจัดเก็บวัตถุดิบให้มีใช้ตลอดปี (เช่น การตากแห้ง การแปรรูปเบื้องต้น)

ขั้นตอนที่ 2 การขยายช่องทางการตลาด

- ตลาดออนไลน์: ให้ลูกหลานช่วยสร้างเพจ Facebook, Line OA เพื่อรับออเดอร์จากคนนอกพื้นที่
- ตลาดของฝาก: ติดต่อยางขายในร้านของฝากประจำจังหวัด หรือจุดท่องเที่ยว
- การรับรองมาตรฐาน: เมื่อกลุ่มเข้มแข็งขึ้น ควรดำเนินการขอมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

ขั้นตอนที่ 3 การบริหารจัดการกลุ่มและการเงิน

- จัดทะเบียนเป็น "วิสาหกิจชุมชน" อย่างเป็นทางการ หากยังไม่ได้ทำ
- ทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายที่โปร่งใส ตรวจสอบได้
- จัดสรรปันผลที่เป็นธรรม และกันเงินส่วนหนึ่งเข้ากองทุนสวัสดิการเพื่อดูแลสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ



ข้อควรระวังและปัจจัยความสำเร็จ

- สุขภาพต้องมาก่อน: อย่าให้ผู้สูงอายุทำงานหนักเกินไป บรรยากาศการทำงานต้องเน้นความสุข พุดคุย สนุกสนาน ไม่เคร่งเครียดเรื่องยอดขายจนเกินไป
- ลูกหลานต้องหนุนเสริม: โครงการนี้จะยั่งยืนยากหากขาดคนรุ่นใหม่มาช่วยเรื่องเทคโนโลยี การตลาดออนไลน์ และการติดต่อประสานงานภายนอก
- คุณภาพต้องสม่ำเสมอ: ลูกค้าจะกลับมาซื้อซ้ำก็ต่อเมื่อคุณภาพดีเหมือนเดิมทุกครั้ง การคุมสูตรจึงสำคัญมาก
- เริ่มจากเล็กไปใหญ่: อย่าลงทุนทำโรงงานใหญ่โต หรือผลิตทีละมากๆ ในช่วงแรก ให้เริ่มจากทำในครัวเรือน ขายได้แล้วค่อยขยาย



แผนปฏิบัติการ (Action Plan Table)

สำหรับโครงการวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุผลิตน้ำยาทำความสะอาดสมุนไพร โดยแปลงจากแผนยุทธศาสตร์ 4 ระยะที่ได้วางไว้ ออกแบบมาให้ดูง่าย เน้นกิจกรรมหลัก ผลลัพธ์ที่ต้องการ และช่วงเวลาดำเนินการ เพื่อให้คณะทำงานใช้ติดตามความคืบหน้าได้จริง

ตารางแผนปฏิบัติการ: โครงการวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุ ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดสมุนไพร

ระยะเวลาดำเนินการรวม: 6 เดือน

ระยะที่ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	ผู้รับผิดชอบหลัก	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6
ระยะที่ 1: เตรียมความพร้อม								
1.1 จัดตั้งคณะทำงานและแบ่งบทบาทหน้าที่ (ที่ปรึกษา, ผลิต, สนับสนุน)	ได้โครงสร้างทีมงานที่ชัดเจนและเข้าใจบทบาทตัวเอง	ผู้นำชุมชน / แกนนำผู้สูงอายุ	■					
1.2 สำรวจวัตถุดิบและจัดทำบัญชีสมุนไพรท้องถิ่น	ได้ข้อมูลชนิดและปริมาณสมุนไพรที่มีในพื้นที่ตลอดปี	กลุ่มผลิต / กลุ่มสนับสนุน	■	■				
1.3 จัดเวทีถอดบทเรียนภูมิปัญญาและทดลองสูตรระดับครัวเรือน	ได้สูตรต้นแบบผลิตภัณฑ์ละ 1-2 สูตร	กลุ่มที่ปรึกษา / กลุ่มผลิต		■				

ระยะที่ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	ผู้รับผิดชอบหลัก	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6
ระยะที่ 2: พัฒนาผลิตภัณฑ์และสร้างมาตรฐาน								
2.1 พัฒนาสูตรทดสอบประสิทธิภาพ และการเก็บรักษา ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ	ได้สูตรที่นิ่ง มีประสิทธิภาพดี และเก็บได้นานขึ้น	กลุ่มสนับสนุน / ผู้เชี่ยวชาญภายนอก (มหาวิทยาลัย , พช.)			■	■		
2.2 สร้างมาตรฐานการผลิต (SOP) และบันทึกขั้นตอน	มีเอกสารคู่มือการผลิตที่ชัดเจนสูตร ชั่งตวงวัด	กลุ่มสนับสนุน / กลุ่มผลิต			■			
2.3 ออกแบบตราสินค้า (Branding) และบรรจุภัณฑ์	ได้ชื่อแบรนด์ โลโก้ และรูปแบบบรรจุภัณฑ์ที่พร้อมใช้	กลุ่มสนับสนุน			■			
ระยะที่ 3: ทดลองผลิตและจำหน่าย								
3.1 ผลิตล็อตแรก และคำนวณต้นทุนจริง	ได้ผลิตภัณฑ์พร้อมขาย (50-100 ชิ้น) และทราบราคาต้นทุน/ราคาขาย	กลุ่มผลิต / กลุ่มสนับสนุน (ฝ่ายบัญชี)					■	
3.2 จัดกิจกรรมเปิดตัวและวางจำหน่ายในพื้นที่ (Local Launch)	คนในชุมชนรับรู้ และได้ทดลองใช้ผลิตภัณฑ์	กลุ่มสนับสนุน / ผู้นำชุมชน				■	■	■
3.3 รวบรวมผลตอบรับจากผู้ใช้ และสรุปแนวทางปรับปรุง	ได้ข้อมูลความพึงพอใจลูกค้าเพื่อนำมาพัฒนาต่อ	กลุ่มสนับสนุน						■
ระยะที่ 4: ขยายผลและสร้างความยั่งยืน								
4.1 บริหารจัดการวัตถุดิบ ส่งเสริมการปลูก/วางแผนจัดเก็บ	มีวัตถุดิบเพียงพอต่อการผลิตต่อเนื่อง	กลุ่มผลิต / สมาชิกเครือข่าย					■	■
4.2 ขยายช่องทางการตลาด	มีช่องทางจำหน่ายเพิ่มขึ้น และ	กลุ่มสนับสนุน						■

ระยะที่ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	ผู้รับผิดชอบหลัก	เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6
ออนไลน์, ร้านของฝาก และขอรับรองมาตรฐาน	เตรียมความพร้อมขอการรับรองมาตรฐาน	(ฝ่ายการตลาด)						
4.3 บริหารจัดการกลุ่ม การเงิน และจัดตั้งกองทุนสวัสดิการ	จดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน, มีระบบบัญชี โปร่งใส, มีกองทุนดูแลสมาชิก	คณะทำงานหลักทุกคน						

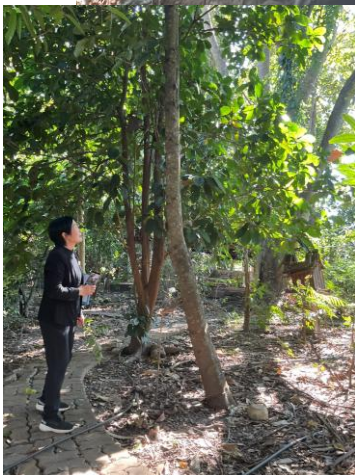




ประชุมเตรียมความพร้อมกั้บแกนนำชุมชน

กิจกรรมที่ 3 ลงพื้นที่สำรวจข้อมูล

3.1 สำรวจสมุนไพรและภูมิปัญญาในชุมชนคังตะเกาและปราชญ์ชาวบ้าน







3.2 สำนวณสุขภาพของผู้สูงอายุแบบประเมินแบบองค์รวม(CGA)

3.2 ประเมินแบบองค์รวม(CGA) ผู้สูงอายุ และความสุขมวลรวม GVH





ภาพลงพื้นที่เก็บข้อมูล



ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาวะผู้สูวอาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

ข้อมูล	จำนวน (300 คน)	ร้อยละ
หมู่บ้านที่อาศัย		
หมู่ 2	104	34.67
หมู่ 5	87	29.00
หมู่ 6	57	19.00
หมู่ 8	52	17.33
ลักษณะบ้าน		
บ้านชั้นเดียว	145	48.33
บ้านใต้ถุนสูง	50	16.67
บ้านสองชั้น	98	32.67
อื่น ๆ (ระบุ)	7	2.33

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่หมู่ 2 ร้อยละ 34.67 หมู่ 5 ร้อยละ 29 หมู่ 6 ร้อยละ 19.00 และ หมู่ 8 ร้อยละ 17.33 ลักษณะบ้านเป็นบ้านชั้นเดียว ร้อยละ 48.33 บ้านสองชั้น ร้อยละ 32.67

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูล	จำนวน (300 คน)	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	176.00	58.70
70-79 ปี	88.00	29.30
มากกว่า 79 ปี	36.00	12.00
สถานภาพสมรส		
สมรส	166	55.33
โสด	31	10.33
หม้าย	103	34.33
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	1.33
ประถมศึกษา	256	85.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	3.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	3.00
ประกาศนียบัตร (ปวช. /ปวส.)	6	2.00
ปริญญาตรี	13	4.33
สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	2	0.67
อาชีพ		
เกษตรกร	88	29.33
ค้าขาย	36	12.00
บ้านาญ	2	0.67
ไม่มี	131	43.67
รับจ้าง	43	14.33
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่มีคนดูแลผู้สูงอายุ หรือ เมื่อเจ็บป่วยอยู่คนเดียว		
เดียว	24	8.00
มีคนดูแลผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย	276	92.00
คู่สมรส	68	22.67
ญาติพี่น้อง	11	3.67
บุตร/หลาน	110	36.67
เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก	3	1.00
เลือกมากกว่า 1 ตัวเลือก	84	28.00

จากตารางที่ 2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี คือ ร้อยละ 58.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.33 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 85.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.67 มีผู้ดูแล ร้อยละ 92.00 และผู้ดูแลเป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 36.67

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

ข้อมูล	จำนวน (300 คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	64	21.33
มี	236	78.67
โรค		
โรคความดันโลหิตสูง	157	52.34
ความดันโลหิตสูง	44	14.67
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่น ๆ	113	37.67
โรคไขมันในเลือดสูง	98	32.66
ไขมันในเลือดสูง	10	3.33
ไขมันในเลือดสูงร่วมกับโรคอื่น ๆ	88	29.33
เบาหวาน	77	25.67
เบาหวาน	9	3.00
เบาหวานร่วมกับโรคอื่น	68	22.67
โรคหลอดเลือดหัวใจ		
โรคหลอดเลือดหัวใจ	6	2.00
โรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับโรคอื่น ๆ	13	4.33
โรคหลอดเลือดสมอง		
โรคหลอดเลือดสมอง	2	0.67
โรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคอื่น ๆ	7	2.33
โรคอื่น ๆ	14	4.67

จากตารางที่ 3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.67 โรคที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คือ ร้อยละ 52.34 โดยพบว่าเป็นโรคความดันอย่างเดียว ร้อยละ 14.67 ความดันโลหิตร่วมกับโรคอื่น ๆ ร้อยละ 37.67 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 32.66 โดยพบว่ามีไขมันในเลือดสูงอย่างเดียว ร้อยละ 3.33 โรคไขมันในเลือดสูงร่วมกับโรคอื่น ๆ ร้อยละ 29.33 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.67 โดยพบว่าเป็นโรคเบาหวานอย่างเดียวร้อยละ 3 และโรคเบาหวานร่วมกับโรคอื่น ๆ ร้อยละ 22.67

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

ความพิการ	จำนวน (300 คน)	ร้อยละ
ไม่มี	277	92.33
มี	23	7.67
แขนหรือขา	1	0.33
บกพร่องการได้ยิน	3	1.00
บกพร่องการมองเห็น	4	1.33
บกพร่องการมองเห็นและการได้ยิน	1	0.33
บกพร่องการเคลื่อนไหว	14	4.33
ภายใน 1 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่เคย	265	88.33
เคย	35	11.67
หกล้มใน 6 เดือน		
ไม่เคย	278	92.67
เคย	22	7.33
บาดเจ็บจากการหกล้ม	5	1.67
กระดูกข้อมือซ้ายแตก	1	0.33
กระดูกแตก	1	0.33
กระดูกหัก	1	0.33
ขาขวาหัก	1	0.33
แขนหัก	1	0.33
ภายใน 1 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่เคย	265	88.33
เคย	35	11.67

จากตารางที่ 4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความพิการ ร้อยละ 92.33 มีความพิการร้อยละ 7.67 โดยมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 4.33 เคยหกล้มใน 6 เดือน ร้อยละ 7.33 และได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม ร้อยละ 1.67 และภายใน 1 ปี เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 11.67

ตารางที่ 5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะเปราะบาง

ข้อมูล	จำนวน (300 คน)	ร้อยละ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	291	97.00
ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง	7	2.33
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	2	0.67
ภาวะเปราะบาง		
ไม่มีภาวะเปราะบาง (Non - Frailty)	267	89.00
เริ่มมีภาวะเปราะบาง (Pre - Frailty)	32	10.67
มีภาวะเปราะบาง (Frailty)	1	0.33

จากตารางที่ 5 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 97.00 ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อยละ 2.33 และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 0.67 ไม่มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 89.00 เริ่มมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 10.67 และมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 0.33

เครื่องมือ
แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร

รหัสแบบสัมภาษณ์.....วันที่สัมภาษณ์.....

1. ในมุมมองของท่าน สถานการณ์สังคมสูงวัยในตำบลคิ่งตะเกาปัจจุบันเป็นอย่างไร มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง
อย่างไรในอนาคต

.....
.....
.....

2. อะไรคือปัญหาหรือความท้าทายหลักๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ท่านกังวลมากที่สุด เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ
สุขภาพ การถูกทอดทิ้ง

.....
.....
.....

3. ปัจจุบันองค์กรของท่านมีนโยบาย โครงการ หรือกิจกรรมอะไรบ้างที่ดำเนินการเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุ ทั้ง ด้าน
สุขภาพ อาชีพ และสังคม

.....
.....
.....

4. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อแนวทางการนำ ภูมิปัญญาสมุนไพรท้องถิ่นมาสร้างเสริมสุขภาพและสร้าง
มูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจให้กับผู้สูงอายุมีความเป็นไปได้ในพื้นที่มากนักน้อยเพียงใด

.....
.....
.....

5. ชุมชนคิ่งตะเกามี จุดแข็ง หรือ ต้นทุนทางสังคม อะไรบ้างที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ เช่น ความ
เข้มแข็งของกลุ่มองค์กร ทรัพยากรธรรมชาติ

.....
.....
.....

6. ทางหน่วยงานของท่านมีความพร้อมหรือมีข้อจำกัดในการสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ สถานที่ บุคลากร
สำหรับโครงการพัฒนานวัตกรรมนี้อย่างไร

.....
.....
.....

แบบสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติ

รหัสแบบสัมภาษณ์.....วันที่สัมภาษณ์.....

1. ปัญหาที่พบบ่อยที่สุด 3-5 อันดับแรกของผู้สูงอายุในคั้งตะเภาคืออะไร

.....

.....

.....

2..แนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ติดบ้าน/ติดเตียงในพื้นที่มีเพิ่มขึ้นหรือไม่ สาเหตุหลักคืออะไร

.....

.....

.....

3.ปัจจุบันการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเฉพาะระบบ Long Term Care มีรูปแบบการดำเนินงานอย่างไร อะไรคือจุดแข็งของระบบปัจจุบัน

.....

.....

.....

4. ท่านคิดว่ายังมีช่องว่างหรือปัญหาอะไรในการดูแลผู้สูงอายุที่ระบบปัจจุบันยังเข้าไม่ถึง หรือทำได้ไม่เต็มที่ เช่น ปัญหาโภชนาการ สุขภาพจิต การฟื้นฟูสภาพ

.....

.....

.....

5. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการบูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ากับภูมิปัญญาสมุนไพรท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ มีข้อห่วงใยในประเด็นความปลอดภัยหรือมาตรฐานวิชาการหรือไม่

.....

.....

.....

6. ระบบการดูแลและระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพียงพอต่อการติดตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกหรือไม่ควรพัฒนาอะไรเพิ่มเติม

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์ปราชญ์ชาวบ้านและสมาชิกวิสาหกิจชุมชน

รหัสแบบสัมภาษณ์.....วันที่สัมภาษณ์.....

1. ในตำบลคู้ตะเภา มีสมุนไพรท้องถิ่นชนิดใดบ้างที่โดดเด่น หรือมีตำรับอาหารพื้นบ้านเมนูใดที่เชื่อว่า มีสรรพคุณดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุขอให้ยกตัวอย่างและอธิบายสรรพคุณ

.....

2. กระบวนการปลูก เก็บเกี่ยว หรือนำมาปรุงประกอบ แปรรูป มีขั้นตอน หรือเคล็ดลับเฉพาะตามวิถีภูมิปัญญาอย่างไร

.....

3. ปัจจุบันองค์ความรู้เหล่านี้ยังคงถูกนำมาใช้ในวิถีชีวิตประจำวันของคนในชุมชนมากน้อยเพียงใด

.....

4. มีความเสี่ยงที่ภูมิปัญญาเหล่านี้จะสูญหายไปหรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

5. ท่านยินดีที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้นี้ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อนำไปพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สร้างรายได้หรือไม่

.....

6. ในมุมมองของท่าน หากจะนำภูมิปัญญาเหล่านี้มาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ขาย ควรต้องปรับปรุงหรือระวังในเรื่องใดบ้าง เช่น ความปลอดภัย การยอมรับของคนรุ่นใหม่

.....

7. มีเมนูอาหารพื้นบ้านเมนูใดบ้าง ที่มีรสชาติดี ย่อยง่าย และเหมาะสำหรับการฟื้นฟูร่างกายผู้สูงอายุ ขอให้เล่าถึงสูตรดั้งเดิมและเคล็ดลับการปรุง

.....

แบบสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข/CG และผู้แทนผู้สูงอายุ

รหัสแบบสัมภาษณ์.....วันที่สัมภาษณ์.....

1.จากการที่ได้ลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเป็นประจำ สภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงที่ท่านพบ คืออะไร อะไรคือความยากลำบากที่สุดในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้าน/เตียง

.....

2.ปัญหาด้านโภชนาการ/การกินอยู่ของผู้สูงอายุที่พบบ่อยคืออะไร เช่น ไม่มีคนเตรียมอาหารให้เปื้ออาหาร อาหารไม่ถูกสุขลักษณะ

.....

3.ในฐานะ อสม./CG ท่านประสบปัญหาหรือความกดดันอะไรบ้างในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ภาระงานเยอะ ค่าตอบแทนไม่คุ้ม ขาดอุปกรณ์ความเครียด

.....

4.ท่านต้องการการสนับสนุน ความรู้ หรือเครื่องมืออะไรเพิ่มเติม ที่จะช่วยให้ทำงานดูแลผู้สูงอายุได้ง่ายขึ้นและดีขึ้น

.....

5.หากมีการนำแอปพลิเคชันหรือเทคโนโลยีมาช่วยในการบันทึกข้อมูลหรือติดตามอาการผู้สูงอายุ ท่านคิดว่าจะสามารถใช้งานได้หรือไม่ มีข้อกังวลอะไรบ้าง

.....

แบบประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง สำหรับผู้สูงอายุ แบบสอบถามชุดนี้เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบแบบสอบถามหลังจากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้นำการบันทึกข้อมูลลงในช่องว่างหรือเติมเครื่องหมาย ☐ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลส่วนตัวตามความเป็นจริง

1. เพศ 1. ☐ หญิง 2. ☐ ชาย
2. อายุ ปีบริบูรณ์
3. ระดับการศึกษา
 1. ☐ ไม่ได้รับการศึกษา
 2. ☐ ประถมศึกษา
 3. ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
 4. ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
 5. ☐ ประกาศนียบัตร (ปวช. /ปวส.)
 6. ☐ ปริญญาตรี
 7. ☐ อุดมศึกษา (สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป)

ตอนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพ

ส่วนที่ 1 สุขภาวะด้านร่างกาย

1. โรคประจำตัว (ตอบได้หลายข้อ)

1. ☐ ไม่มี
2. ☐ โรคความดันโลหิตสูง
3. ☐ เบาหวาน
4. ☐ ไขมันในเลือดสูง
5. ☐ โรคหัวใจหรือหลอดเลือดหัวใจ
6. ☐ โรคหลอดเลือดสมอง
7. ☐ โรคไต
8. ☐ อื่น ๆ

2. ท่านมียาที่รับประทานอยู่ในปัจจุบันหรือไม่ (หากตอบว่า ใช่ ทำในข้อ 14 ถ้าตอบไม่ใช่ข้ามไปทำข้อ 15)

1. ☐ ไม่มี
2. ☐ มี (ระบุ).....ชนิด

3. ท่านมีโรคร่วมหรือไม่ (โรคร่วมคือโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีโรคประจำตัว)

1. ☐ ไม่มี
2. ☐ โรคไตวาย
3. ☐ โรคหลอดเลือดสมอง
4. ☐ อื่น ๆ

4. ท่านมีความพิการหรือไม่

1. ☐ ไม่มี
2. ☐ การมองเห็น
3. ☐ การได้ยิน
4. ☐ แขนหรือขา
5. ☐ อื่น ๆ

5. ประเมินภาวะเปราะบาง

5.1 น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ (Unintentional weight loss) ภายใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีน้ำหนักลดมากกว่า 4.5 กก. หรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวโดยไม่ตั้งใจหรือไม่ ซึ่งน้ำหนักที่ลดต้องไม่ได้มาจากการ ออกกำลังกายหรือลดน้ำหนัก

- ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

น้ำหนักตัวปีที่แล้ว..... กิโลกรัม

น้ำหนักตัวปัจจุบัน..... กิโลกรัม

5.2 ภาวะหมดแรง (Exhaustion)

2.1 ท่านรู้สึกว่ามี 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่มีแรงในการทำกิจกรรมที่เคยทำมาก่อน เช่น แต่งตัว อาบน้ำเป็นต้น ใช่ หรือ ไม่ (ถ้าตอบใช่ ทำข้อ 2.2)

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

2.2 ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึกแบบนี้มาประมาณกี่วัน

☐ น้อยกว่า 1 วัน ☐ 1-2 วัน

☐ 3-4 วัน ☐ มากกว่า 5 วัน

5.3 ภาวะอ่อนแรง (weakness) ท่านมีความรู้สึกกำลังมือ แขน ขา มีความอ่อนแรงลงอย่างชัดเจนใช่หรือไม่

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

การแปลผลภาวะเปราะบาง

คะแนน

ไม่มีภาวะเปราะบาง (Non - Frailty)

0 คะแนน

เริ่มมีภาวะเปราะบาง (Pre - Frailty)

1 คะแนน

มีภาวะเปราะบาง (Frailty)

> 1 คะแนนขึ้นไป

6. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ทำการทดสอบและบันทึกข้อมูลลงในช่องว่างหรือเติมเครื่องหมาย ☐ ลงใน ☐ หน้าข้อความตามความเป็นจริง

กิจกรรม/ คะแนน
Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
☐ 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
☐ 1 = ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้
☐ 2 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ
Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
☐ 0 = ต้องการความช่วยเหลือ
☐ 1 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
☐ 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
☐ 1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
☐ 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย
☐ 3 = ทำได้เอง

กิจกรรม/ คะแนน
Toilet Use (การเข้าห้องน้ำ)
☐ 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้
☐ 1 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง)
☐ 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระแล้ว ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
☐ 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
☐ 1 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
☐ 2 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)
☐ 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือน้อย
☐ 1 = ช่วยตัวเองได้รวบร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
☐ 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)
☐ 0 = ไม่สามารถทำได้
☐ 1 = ต้องการคนช่วยเหลือ
☐ 2 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
Bathing (การอาบน้ำ)
☐ 0 = ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
☐ 1 = อาบน้ำได้เอง
Bowels (การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
☐ 0 = กลั่นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
☐ 1 = กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
☐ 2 = กลั่นได้ปกติ
Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
☐ 0 = กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้
☐ 1 = กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
☐ 2 = กลั่นได้ปกติ

การแปลผล

คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน	แปลผล
≥ 12 คะแนน	เป็นกลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้
5-11 คะแนน	เป็นกลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง
≤ 4 คะแนน	เป็นกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ส่วนที่ 2 สุขภาวะด้านจิตใจ

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม

1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่
มี ไม่มี
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่
มี ไม่มี

ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า . ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือ ครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

หมายเหตุ - กรณีคะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8

คำถามต่อ - กรณีคะแนน 9Q ≥ 13 ให้พิจารณาส่งพบจิตแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

* 0-6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า * 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย* 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง* ≥19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 ด้านครอบครัวและสังคม

1.สถานภาพสมรส

1. ☐ โสด 2. ☐ สมรส
3. ☐ หม้าย 4. ☐ หย่าร้าง/แยกกันอยู่
5. ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

2.บุตร

1. ☐ มีบุตร ระบุ จำนวน คน 2. ☐ ไม่มีบุตร

3. มีเพื่อนหรือบุคคลที่ท่านสนิท อย่างน้อย 1 คน

1. ☐ มี 2. ☐ ไม่มี

4.ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(ตอบได้หลายข้อ)

1. ☐ ไม่มีคนดูแลผู้สูงอายุ หรือ เมื่อเจ็บป่วยอยู่คนเดียว
2. ☐ คู่สมรส 3. ☐ บุตร/หลาน 4. ☐ พี่น้อง 5. ☐ อื่น ๆ

5.การเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน

- ☐ เข้าร่วมทุกกิจกรรมกับชุมชน
- ☐ เข้าร่วมบางกิจกรรมกับชุมชน
- ☐ ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน

ส่วนที่ 4 ความมั่นคงและปลอดภัย

1. การประกอบอาชีพ

1. ☐ ไม่มี 2. ☐ เกษตรกร 3. ☐ รับจ้าง
4. ☐ ค้าขาย 5. ☐ ข้าราชการบำนาญ 6. ☐ อื่น ๆ

2. แหล่งที่มาของรายได้

1. ☐ เบี้ยยังชีพ 2. ☐ การประกอบอาชีพด้วยตนเอง
3. ☐ สมาชิกในครอบครัว 4. ☐ อื่น ๆ

3.การได้รับการสนับสนุนการเงินจากครอบครัว

1. ☐ ไม่ต้องการ 2. ☐ ได้รับการช่วยเหลือ 3. ☐ ไม่ได้รับการช่วยเหลือ

4.ความเพียงพอของรายได้

1. ☐ เพียงพอ 2. ☐ ไม่เพียงพอ

5. ลักษณะที่อยู่อาศัย

1. ☐ บ้านชั้นเดียว 2. ☐ บ้านมีใต้ถุนสูง
3. ☐ บ้านสองชั้น 4. ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

6. ในระยะเวลา 6 เดือน ที่ผ่านมา ท่านหกล้มหรือไม่ (ถ้าตอบว่า เคย ให้ทำต่อในข้อ 17 ถ้าตอบว่า ไม่เคยให้ข้ามข้อ 17 ไปทำในข้อ 18)

1. ☐ ไม่เคย

2. ☐ เคย (ระบุ).....ครั้ง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ (MNA-SF)

1. ความอยากอาหารลดลง ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยถามเกี่ยวกับการกินอาหารได้น้อยลงเนื่องจากเบื่ออาหาร ปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือการกลืน มีคำตอบและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 = กินได้น้อยลงมาก

1 = กินได้น้อยลงปานกลาง

2 = กินได้ปกติ

2. น้ำหนักตัวลดลง ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยถามเกี่ยวกับ การลดลงของน้ำหนักโดยไม่ได้ตั้งใจ มีคำตอบและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

0 = น้ำหนักลด > 3 กก.

1 = ไม่ทราบว่าน้ำหนักลดลงหรือไม่

2 = น้ำหนักลด 1-3 กก.

3 = น้ำหนักไม่ลดลงเลย

3. การเคลื่อนไหว (Mobility) โดยถามเกี่ยวกับ ความสามารถในการเคลื่อนที่ไปมา มีคำตอบให้เลือกตอบและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 = นอนติดเตียง หรือต้องนั่งรถเข็นตลอดเวลา

1 = ลุกจากเตียง หรือเก้าอี้ได้ แต่ไปไหนมาไหนไม่ได้

2 = เดินไปมาได้ตามปกติ

4. ความเครียดทางจิตใจ/โรคเจ็บป่วย (ใน 3 เดือนที่ผ่านมา)

0 = มี

2 = ไม่มี

5. ปัญหาทางระบบประสาทและจิตเวช โดยถามเกี่ยวกับ ภาวะสมองเสื่อม หรือซึมเศร้า

0 = มีภาวะสมองเสื่อมหรือซึมเศร้ารุนแรง

1 = มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย

2 = ไม่มีปัญหาทางประสาทและจิตเวช

6. ดัชนีมวลกายหรือเส้นรอบวงน่อง

6.1 (BMI) (น้ำหนัก กก. / ส่วนสูง ม.²)

0 = BMI < 19

1 = BMI 19 - < 21

2 = BMI 21 - < 23

3 = BMI ≥ 23

6.2 เส้นรอบวงน่อง (Calf Circumference - CC)

0 = CC < 31 ซม.

3 = CC ≥ 31 ซม.

กิจกรรมที่ 4
การพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัล
เพื่อส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ

ที่มาและความสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) เป็นปรากฏการณ์ระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute [TGRI], 2023) ท่ามกลางการเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัล (Digital Transformation) ผู้สูงอายุมักถูกทิ้งไว้ข้างหลังเนื่องจาก "ช่องว่างทางดิจิทัล" (Digital Divide) ซึ่งไม่ได้หมายถึงเพียงแค่การเข้าถึงอุปกรณ์ แต่รวมถึงระดับความสามารถในการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิต (Hunsaker & Hargittai, 2020) ในมิติของสุขภาวะ ความฉลาดรู้ด้านดิจิทัล (Digital Literacy) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ข้อมูลจากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีทักษะดิจิทัลต่ำมักประสบปัญหาในการคัดกรองข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่มหาศาลบนสื่อสังคมออนไลน์ นำไปสู่การหลงเชื่อข่าวปลอม (Fake News) และการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ผิดพลาด (Amoah & Reindorf, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบปัญหาที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุไทยด้านดิจิทัลมีหลายมิติ ได้แก่ (1) ขาดทักษะพื้นฐานในการใช้อุปกรณ์และอินเทอร์เน็ต (2) ไม่สามารถแยกแยะข่าวปลอมหรือภัยไซเบอร์ (3) ขาดโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางการแพทย์ผ่านช่องทางดิจิทัล และ (4) ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีในการสร้างรายได้เสริม ปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต สุขภาวะ และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุตกเป็นเหยื่ออาชญากรรมทางเทคโนโลยีและข้อมูลเท็จเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นจำนวนมาก (Ratana-Ubol, 2021) ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2566) พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตมีเพียงร้อยละ 35.4 เทียบกับร้อยละ 87.2 ในกลุ่มวัยทำงาน สะท้อนช่องว่างดิจิทัลที่กว้างขวาง ขณะที่กรมสอบสวนคดีพิเศษ (2567) รายงานว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ได้รับความเสียหายสูงสุดจากอาชญากรรมออนไลน์ มูลค่ากว่า 60,000 ล้านบาทต่อปี ด้วยสาเหตุหลักจากการขาดทักษะแยกแยะข่าวปลอมและภัยไซเบอร์ ดังนั้นความฉลาดทางดิจิทัลของผู้สูงอายุในประเทศไทยจึงเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ต้องการการพัฒนาเช่นเดียวกัน

ชุมชนคังตะเถาเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงและทุนทางสังคมเข้มแข็ง แต่ยังขาดการพัฒนาทักษะดิจิทัลที่เป็นระบบ มหาวิทยาลัย ราชภัฏอุดรดิตถ์ จึงได้สนใจจัดทำโครงการวิจัย "การพัฒนาแบบการยกระดับสุขภาวะและเศรษฐกิจฐานรากบนฐานภูมิปัญญาสมุนไพรและนวัตกรรมสังคมสำหรับผู้สูงอายุชุมชนคังตะเถา จังหวัดอุดรดิตถ์" ซึ่งดำเนินการร่วมกับโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ภายใต้การสนับสนุนของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) การดำเนินโครงการนี้จึงมุ่งสร้างนวัตกรรมการส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัลที่ออกแบบเฉพาะสำหรับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน โดยบูรณาการเข้ากับเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมและการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากบนฐานภูมิปัญญาสมุนไพรและนวัตกรรมสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนคังตะเถา ซึ่งโครงการนี้มิใช่เพียงการสอนใช้งานแอปพลิเคชัน แต่เป็นการสร้างนิเวศการเรียนรู้ที่ยั่งยืน โดยบูรณาการทั้งการส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัลเพื่อการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การส่งเสริมเศรษฐกิจฐานรากผ่านภูมิปัญญาท้องถิ่นและนวัตกรรมสังคม การบูรณาการทักษะดิจิทัลเพื่อการพาณิชย์ (E-commerce) และการสื่อสารการตลาดชุมชน เพื่อช่วยยกระดับผลิตภัณฑ์สมุนไพรของชุมชนคังตะเถาให้มีมูลค่าเพิ่มขึ้น โดยการออกแบบนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและกายภาพ โดยใช้หลักการมีส่วนร่วม (Participatory Design) เพื่อให้เทคโนโลยีนั้นสอดคล้องกับวิถีชีวิตและไม่สร้างภาระทางปัญญา (Cognitive Load) ให้กับผู้ใช้ และเป็นการเปลี่ยนผ่านจาก "ผู้รับบริการ" มาเป็น "ผู้สร้างสรรค์" ในเศรษฐกิจดิจิทัล ควบคู่ไปกับการมีสุขภาวะองค์รวมที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนานวัตกรรมการส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัลเพื่อยกระดับสุขภาวะและเศรษฐกิจฐานรากบนฐานภูมิปัญญาสมุนไพรสำหรับผู้สูงอายุชุมชนคุ้มตะเภา จังหวัดอุดรธานี

กิจกรรม

กิจกรรมด้านนวัตกรรมการส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุชุมชนคุ้มตะเภา แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การออกแบบและพัฒนานวัตกรรมการส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุนำเสนอรายละเอียดของหลักสูตร "วัยเก๋า รู้เท่าทัน สร้างสรรค์โลกดิจิทัล" ระยะเวลา 6 ชั่วโมง แบ่งเป็น 6 โมดูล ที่พัฒนาขึ้นโดยอิงจากผลการประเมินในส่วนที่ 1 และกรอบมาตรฐานสมรรถนะดิจิทัลทั้งระดับสากลและระดับประเทศ

ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้นวัตกรรมการส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพนวัตกรรมการส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ

ผลการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 การออกแบบและพัฒนานวัตกรรมการส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ

หลังจากได้มีการประเมินทักษะทางดิจิทัลของผู้สูงอายุเบื้องต้นแล้ว ผู้ดำเนินโครงการได้มีการพัฒนาหลักสูตร "วัยเก๋า รู้เท่าทัน สร้างสรรค์โลกดิจิทัล" ระยะเวลา 6 ชั่วโมง แบ่งเนื้อหาออกเป็น 6 โมดูล เพื่อทดลองใช้ในการอบรมกับกลุ่มเป้าหมาย ได้จัดอบรมในวันที่ 20 มกราคม 2569



2.1 หลักสูตร "วัยเก๋า รู้เท่าทัน สร้างสรรค์โลกดิจิทัล"

โมดูลที่ 1: โลกจริง และ โลกดิจิทัล (60 นาที)

วัตถุประสงค์: ผู้เรียนเข้าใจความแตกต่างและผลกระทบของการใช้ชีวิตในโลกดิจิทัล

เนื้อหา:

ร่องรอยดิจิทัล (Digital Footprint) คืออะไร และทำไมต้องระวัง 4 แอปพลิเคชันที่ผู้สูงวัยใช้ (LINE, Facebook, YouTube, TikTok) พร้อมข้อดีและความเสี่ยง

กิจกรรม: สำรวจตัวตนบนโลกออนไลน์ด้วย Google (15 นาที)

โมดูลที่ 2: รู้ทันกับดักดิจิทัล (90 นาที)

วัตถุประสงค์: ผู้เรียนระบุรูปแบบการหลอกลวงออนไลน์ที่พบบ่อยได้

เนื้อหา:

สถิติความเสียหายจากภัยไซเบอร์ในไทย (60,000 ล้านบาท/ปี 2568) ทำไมผู้สูงวัยถึงตกเป็นเป้าหมาย: การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม 5 ประเภทการหลอกลวงหลัก ได้แก่ หลอกซื้อสินค้า, หลอกทำภารกิจ, หลอกกู้เงิน, หลอกลงทุน, แก๊งคอลเซ็นเตอร์

ช่องทางที่มีฉ้อโกงใช้: SMS, โทรศัพท์, อีเมล, โซเชียลมีเดีย, เว็บไซต์, เข้าถึงตัวบุคคล

ระวัง: Phishing, Romance Scam, Deepfake, Voice Cloning

กิจกรรม: เกม "ซัวร์ หรือ มั่วไหม?" (15 นาที)

โมดูลที่ 3: อัปเดตภัยไซเบอร์กับวัยเก๋า (60 นาที)

วัตถุประสงค์: ผู้เรียนรู้จักรูปแบบภัยไซเบอร์ที่กำลังระบาดและรับมือได้

เนื้อหา:

กลโกงยุคใหม่: เพจปลอม, โปรโมชันเกินจริง, สินค้าไม่ตรงปก

AI อันตราย: วิดีโอคอลปลอม (Deepfake) และเสียงปลอม (Voice Cloning)

กรณีศึกษา: "อาม่า" โดนแก๊งคอลเซ็นเตอร์หลอก 1.6 ล้านบาท

กิจกรรม: บทบาทสมมติรับมือแก๊งคอลเซ็นเตอร์ (15 นาที)

โมดูลที่ 4: คู่มือความปลอดภัยดิจิทัล (60 นาที)

วัตถุประสงค์: ผู้เรียนสามารถตั้งค่าความปลอดภัยเบื้องต้นบนอุปกรณ์ของตนเองได้

เนื้อหา:

สร้างรหัสผ่านที่แข็งแกร่ง (อย่างน้อย 12 ตัวอักษร มีตัวเลขและสัญลักษณ์พิเศษ)

ตรวจสอบเว็บไซต์ปลอดภัยด้วย "แม่กุญแจ" (HTTPS)

4 ขั้นตอน "ล็อกบ้าน LINE" ป้องกันคนแปลกหน้า

3 ขั้นตอน "สร้างป้อม Facebook" จำกัดการมองเห็น

สูตร หยุด-คิด-ถาม-ทำ เมื่อสงสัยว่าถูกหลอก

โมดูลที่ 5: รู้ทันข่าวลวง (60 นาที)

วัตถุประสงค์: ผู้เรียนแยกแยะข่าวปลอมและตรวจสอบข้อมูลก่อนแชร์ได้

เนื้อหา:

ทำไมเราถึงแชร์ข่าวปลอม: ความหวังดี ความเชื่อใจ ความตื่นตระหนก

3 ประเภทข้อมูลที่ต้องระวัง: ข้อมูลเท็จ (Mis), ข้อมูลบิดเบือน (Dis), ข้อมูลปองร้าย (Mal)

6 รูปแบบข่าวปลอมที่พบบ่อย

10 วิธีตรวจสอบข่าวและข้อมูลก่อนเชื่อ (ฉบับผู้สูงอายุ)

แหล่งตรวจสอบข่าวด่วน: ชัวร์ก่อนแชร์, Cofact, Thai PBS Verify, Anti-Fake News Center

โมดูลที่ 6: สตูดิโอวัยเก๋ "สวัสดีวันจันทร์" (60 นาที)

วัตถุประสงค์: ผู้เรียนสร้างสรรค์และแบ่งปันเนื้อหาดิจิทัลได้อย่างปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมาย

เนื้อหา:

ลิขสิทธิ์ภาพ: รูปใน Google ใช้ได้ไม่ทุกรูป รู้จักสัญลักษณ์ CC (Creative Commons)

3 ขั้นตอน แต่งภาพส่งความสุขด้วยมือถือ

ปฏิบัติการ: สร้างและส่ง "สวัสดีวันจันทร์" ด้วยรูปถ่ายของตนเอง

สรุปและปิดหลักสูตร (15 นาที)

ทบทวนหลักการ ไม่เชื่อ – ไม่รับ – ไม่โอน

หมายเลขฉุกเฉิน: 1212 (ศูนย์ช่วยเหลือออนไลน์) และ 1441 (ศูนย์ปราบปรามอาชญากรรมออนไลน์)

ประเมินผลการเรียนรู้และมอบวุฒิบัตร

2.2 ความเชื่อมโยงหลักสูตรกับกรอบมาตรฐานสมรรถนะดิจิทัลทั้งต่างประเทศและในประเทศ

1. กรอบมาตรฐานระดับสากล

1.1 DigComp 2.2 (European Digital Competence Framework) DigComp ถือเป็นกรอบอ้างอิงหลักที่หลายประเทศทั่วโลกนำไปปรับใช้ รวมถึงไทย แบ่งสมรรถนะดิจิทัลออกเป็น 5 ด้าน โดยหลักสูตรนี้ครอบคลุมดังนี้

กรอบสมรรถนะดิจิทัล ของ DigComp	หลักสูตร วัยเก๋ รู้เท่าทัน สร้างสรรค์โลกดิจิทัล
ด้านที่ 1 Information & Data Literacy	โมดูล 1, 5 การค้นหา ประเมิน และจัดการข้อมูลออนไลน์ รวมถึงการแยกแยะข่าวปลอม
ด้านที่ 2 Communication & Collaboration	โมดูล 1, 6 การใช้ LINE/Facebook อย่างมีความรับผิดชอบ ลิขสิทธิ์ดิจิทัล
ด้านที่ 3 Digital Content Creation	โมดูล 6 การสร้างและแชร์เนื้อหาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย CC License
ด้านที่ 4 Safety	โมดูล 2, 3, 4 การปกป้องข้อมูลส่วนตัว รหัสผ่าน ภัยไซเบอร์
ด้านที่ 5 Problem Solving	โมดูล 3, 4 การรับมือเมื่อถูกหลอก การแจ้งเหตุ

1.2 UNESCO Digital Literacy Framework

UNESCO แบ่งการรู้เท่าทันดิจิทัลเป็น 7 องค์ประกอบ หลักสูตรนี้ครอบคลุมอย่างน้อย 5 ส่วน

ส่วนที่ครอบคลุม:

UNESCO Digital Literacy Framework	หลักสูตร วัยเก๋ รู้เท่าทัน สร้างสรรค์โลกดิจิทัล
Device & Software Skills	การตั้งค่า LINE/Facebook (โมดูล 4)
Information & Data Literacy	การตรวจสอบข่าว 10 วิธี (โมดูล 5)
Online Safety	Phishing, Deepfake, Call Center (โมดูล 2, 3)

Communication & Collaboration	Digital Footprint, การแชร์อย่างรับผิดชอบ (โมดูล 1)
Media Literacy	รู้จัก Mis/Dis/Mal-information (โมดูล 5)

ส่วนที่หลักสูตรยังครอบคลุมน้อย:

Career-related Skills (ทักษะดิจิทัลเพื่ออาชีพ) Digital Creation & Programming (การเขียนโปรแกรม) ซึ่งเป็นเรื่องปกติสำหรับหลักสูตรที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้สูงวัย

1.3 UK Essential Digital Skills Framework

กำหนดทักษะดิจิทัลพื้นฐาน 5 หมวด หลักสูตรนี้ตอบโจทย์ครบทุกหมวด

UK Essential Digital Skills Framework	หลักสูตร วัยเก๋า รู้เท่าทัน สร้างสรรค์โลกดิจิทัล
Using devices	การใช้สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต (ทุกโมดูล)
Handling information & content	การตรวจสอบข้อมูล (โมดูล 5)
Communicating	LINE, Facebook (โมดูล 1, 4)
Transacting	ความระวังการโอนเงิน (โมดูล 2, 3)
Being safe & legal online	ภัยไซเบอร์ ลิขสิทธิ์ (โมดูล 3, 4, 6)

2.2 กรอบมาตรฐานระดับประเทศ

2.2.1 กรอบสมรรถนะดิจิทัลสำหรับประชาชน (ONDE/สำนักงาน กสทช.)

ประเทศไทยกำหนดสมรรถนะดิจิทัลภาคประชาชนไว้ 4 ระดับ หลักสูตรนี้อยู่ในระดับที่ 1-2

ระดับ 1 - พื้นฐาน (Basic) ← หลักสูตรนี้ครอบคลุมเป็นหลัก
การใช้อุปกรณ์และแอปพลิเคชันพื้นฐาน
ความปลอดภัยออนไลน์เบื้องต้น
การรับรู้ภัยคุกคามดิจิทัล

ระดับ 2 - ปฏิบัติได้ (Intermediate) ← บางส่วน
การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล
การสร้างเนื้อหาดิจิทัลอย่างง่าย

2.2.2 แผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (DE Plan)

หลักสูตรนี้สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนากำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพประชาชน โดยเฉพาะ

การลดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล (Digital Divide)
การคุ้มครองผู้บริโภคในยุคดิจิทัล
การเสริมสร้างความรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)

2.3 สรุปภาพรวม การพัฒนาหลักสูตรและความสอดคล้องกับมาตรฐานสมรรถนะดิจิทัล

หลักสูตร "วัยเก๋า รู้เท่าทัน สร้างสรรค์โลกดิจิทัล" ที่พัฒนาขึ้นถือเป็นหลักสูตรที่ตอบโจทย์ได้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทผู้สูงอายุไทย โดยมีจุดเด่นและข้อสังเกตสำคัญดังนี้

จุดแข็งของหลักสูตร

(1) ครอบคลุมกรอบมาตรฐานสากล DigComp 2.2 ครบ 5 โดเมน โดยเน้น D4 Safety เป็นแกนหลักถึง 3 ใน 6 โมดูล ซึ่งตรงกับความต้องการเร่งด่วนที่สุดของผู้สูงอายุไทย ที่เผชิญกับภัยไซเบอร์และการหลอกลวงออนไลน์อย่างหนัก

(2) สอดคล้องกับ UNESCO Digital Literacy Framework 5 ใน 7 องค์ประกอบ และ UK Essential Digital Skills Framework ครบทุกหมวด แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรนี้มีมาตรฐานที่เทียบเท่าระดับนานาชาติ

(3) อยู่ในระดับที่ 1-2 ของกรอบสมรรถนะดิจิทัลสำหรับประชาชน (ONDE/กสทช.) ซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสมและเป็นไปได้จริงสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

(4) เนื้อหาในโมดูลทั้ง 6 ออกแบบโดยคำนึงถึงพัฒนาการของผู้สูงอายุ เช่น การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมปฏิบัติจริง Role Play เกม และกรณีศึกษาที่ใกล้ชิดกับชีวิตประจำวัน

2.4 ความเชื่อมโยงกับผลการประเมินส่วนที่ 1

หลักสูตรออกแบบสอดคล้องกับผลการประเมินในส่วนที่ 1 โดยตรง โดยเฉพาะโมดูลที่ 2 (รู้ทันกับภัยดิจิทัล) โมดูลที่ 3 (อัปเดตภัยไซเบอร์) และโมดูลที่ 5 (รู้ทันข่าวลวง) ที่มุ่งพัฒนาทักษะกลุ่มที่มีคะแนนต่ำสุดจากการประเมิน คือ การตรวจสอบข่าวปลอม (1.86) และการป้องกันภัยทางการเงินออนไลน์ (1.79) ซึ่งมีผู้ต้องพัฒนาสูงถึงร้อยละ 37 และ 51 ตามลำดับ

2.5 ช่องว่างและข้อเสนอแนะการพัฒนาหลักสูตรระยะต่อไป

หลักสูตรยังมีช่องว่างสำคัญที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ (1) ขาดโมดูลด้าน Problem Solving (DigComp D5) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการปัญหาทางเทคนิคด้วยตนเอง เช่น การกู้คืนรหัสผ่าน การจัดการเมื่อถูก Block และการรับมือเมื่อโทรศัพท์ค้างหรือไม่ตอบสนอง (2) ควรเพิ่มเนื้อหา e-Health Literacy ที่เชื่อมโยงกับการใช้ Telehealth และการบันทึกข้อมูลสุขภาพออนไลน์ สอดคล้องกับนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของโครงการวิจัยหลัก และ (3) ควรพัฒนาหลักสูตรระดับ 2 สำหรับกลุ่มที่มีทักษะสูง (Pre-test 9-10 คะแนน) เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็น "พี่เลี้ยงดิจิทัลชุมชน" ถ่ายทอดความรู้ต่อให้คนอื่นในชุมชนได้

ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้นวัตกรรมส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ

2.1 จัดกิจกรรมฝึกอบรม “พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะในยุคดิจิทัล”

กำหนดการอบรม

โครงการ เสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการบนพื้นฐานนวัตกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น

ตำบลคู้ตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2569 ณ หอประชุมธรรมาภิบาล เทศบาลตำบลคู้ตะเภา

กิจกรรมที่ 4.3 อบรมเชิงปฏิบัติการ เสริมสร้างรายได้และสุขภาวะด้วยนวัตกรรมสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่น

08.30 – 09.00 น.	ลงทะเบียนเข้าร่วมงาน / รับเอกสารประกอบการอบรม
09.00 – 09.15 น.	พิธีเปิดโครงการ นายเอกสิทธิ์ พรหมน้อย นายกเทศบาลตำบลคู้ตะเภา
09.15 – 10.30 น.	บรรยาย “เสริมสร้างรายได้และสุขภาวะด้วยนวัตกรรมสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่น” ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ฐิติพร เทียรฆนิธิกุล
10.30 - 10.45	พักรับประทานอาหารว่าง
10.45 - 12.00	บรรยายและเสวนา “จากผลิตภัณฑ์ชุมชนสู่มาตรฐานวิสาหกิจชุมชน (Community Enterprise)” ผู้ดำเนินรายการ รองศาสตราจารย์ณิชารีย์ ใจคำวัง ผู้ร่วมเสวนา คุณกัณนิกา สมหวัง คุณชลดา หรุ่นแดง คุณราตรี จำนงคล้าย คุณนภาพรรณ ล่องลอย
12.00 - 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 15.15 น.	ฝึกปฏิบัติ (Workshop) นวัตกรรมเพื่อสร้างรายได้ (4 ฐาน) แบ่งกลุ่มปฏิบัติการ ดังนี้ กลุ่ม 1 น้ำยาล้างจานสมุนไพร (คุณราตรี จำนงคล้าย วิทยากรประจำกลุ่ม) กลุ่ม 2 น้ำยาซักผ้า (คุณชลดา หรุ่นแดง วิทยากรประจำกลุ่ม) กลุ่ม 3 น้ำยาถูพื้น (คุณนภาพรรณ ล่องลอย วิทยากรประจำกลุ่ม) กลุ่ม 4 น้ำมันนวดบรรเทาปวด "ว่านม้าเลื่อง" (คุณกัณนิกา สมหวัง วิทยากรประจำกลุ่ม)
15.15 – 15.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.30 – 16.30 น.	ฝึกปฏิบัติ (Workshop) นวัตกรรมเพื่อสร้างรายได้ (4 ฐาน) (ต่อ)
16.30 - 17.00 น.	มอบใบประกาศนียบัตร / ปิดการอบรม



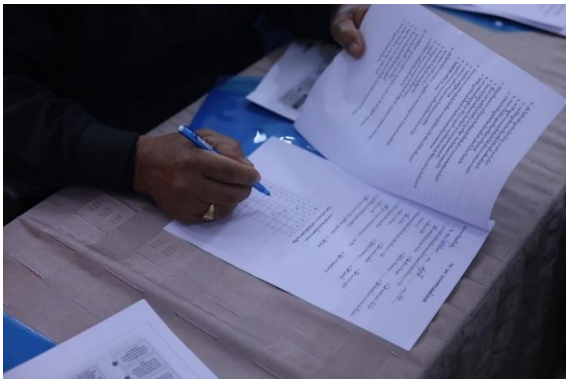


ลงทะเบียน



กล่าวรายงาน









นายกฯ เป็นตัวแทนทุกหมู่บ้านจับฉลากการทำผลิตภัณฑ์

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินประสิทธิภาพนวัตกรรมการส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ผลการประเมินทักษะความฉลาดรู้ทางดิจิทัล (Digital Literacy) ในผู้สูงอายุชุมชนคังตะเกา

การประเมินทักษะความฉลาดรู้ทางดิจิทัล (Digital Literacy) ในผู้สูงอายุชุมชนคังตะเกา เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการยกระดับสุขภาวะและเศรษฐกิจฐานรากสำหรับผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินจะนำไปใช้วางแผนพัฒนาศักยภาพด้านดิจิทัลที่ตรงกับบริบทและความต้องการของชุมชน แบบประเมินครอบคลุม 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านพื้นฐานและการเข้าถึง ด้านการสื่อสารและสังคมออนไลน์ ด้านการค้นหาข้อมูล และสาระประโยชน์ และด้านการทำธุรกรรมและธุรกิจ

1.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุในชุมชนคังตะเกา จำนวนทั้งสิ้น 43 คน จาก 5 หมู่บ้าน (หมู่ที่ 2, 3, 5, 6 และ 8) มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่.....ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร	จำนวน (43 คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	42	97.7
ชาย	1	2.3
อายุ		
ต่ำกว่า 60	25	58.14
60-70	15	34.88
มากกว่า 70	3	6.98
เฉลี่ย 57.4 ปี (ต่ำสุด 36 ปี — สูงสุด 76 ปี)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	21	48.84
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	34.88
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	9.30
ไม่ระบุ	3	6.98
หมู่บ้านที่อาศัย		
หมู่ที่ 2	12	27.91
หมู่ที่ 4	10	23.26
หมู่ที่ 5	8	18.60
หมู่ที่ 6	13	30.23

1.2 พฤติกรรมการใช้งานสื่อดิจิทัล

ตารางที่ จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการอุปกรณ์ที่ใช้ติดต่อสื่อสารและเข้าถึงอินเทอร์เน็ต (ผู้เข้าร่วมสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	อุปกรณ์ที่ใช้ติดต่อสื่อสาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	สมาร์ทโฟน	41	95.3%
2	คอมพิวเตอร์/โน้ตบุ๊ก	7	16.3%
3	สมาร์ททีวี	6	14.0%
4	แท็บเล็ต/ไอแพด	5	11.6%
5	ไม่เคยใช้อุปกรณ์ดิจิทัลเลย	2	4.7%

ตารางที่ จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการสื่อสารสังคมออนไลน์ที่ใช้ในปัจจุบัน (ผู้เข้าร่วมสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ลำดับ	สื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	Line (ไลน์)	34	79.1%
2	Facebook (เฟซบุ๊ก)	21	48.8%
3	TikTok (ติ๊กต็อก)	14	32.6%
4	YouTube (ยูทูบ)	10	23.3%
5	ไม่เคยใช้สื่อสังคมออนไลน์	2	4.7%

ตารางที่ จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมความถี่ในการใช้งานอินเทอร์เน็ต

ลำดับ	ความถี่การใช้งานอินเทอร์เน็ต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ทุกวัน (เฉลี่ย ~4.9 ชม./วัน)	30	69.8%
2	นานๆ ครั้ง	7	16.3%
3	3-4 วัน/สัปดาห์	4	9.3%
4	ไม่ใช้อินเทอร์เน็ต	2	4.7%

ตารางที่ จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาพ

ลำดับ	การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเรื่องสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	เคย (เช่น ค้นหาอาการโรค, ดูวิธีกินยา, สมุนไพร)	27	62.8%
2	ไม่เคย	15	34.9%

1.3 ผลการประเมินทักษะการใช้ดิจิทัล

ผลการประเมินทักษะดิจิทัลของผู้สูงอายุชุมชนคุ้มตะเภาในภาพรวมพบว่า ค่าเฉลี่ยรวมทุกรายการอยู่ที่ 2.15 ซึ่งอยู่ในระดับ "พอทำได้" เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของระดับความสามารถทั้งหมด พบว่า ผู้สูงอายุมีส่วน "ทำได้ดี" สูงสุด (41.6%) รองลงมาคือ "พอทำได้" (31.7%) และ "ต้องพัฒนา" (26.6%) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพื้นฐานทักษะดิจิทัลในระดับหนึ่ง แต่ยังมีกลุ่มที่ต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมเกือบหนึ่งในสี่ 4

เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรายด้านพบความแตกต่างระหว่างด้านที่ผู้สูงอายุมีความถนัดกับด้านที่ต้องการพัฒนา โดยมีค่าเกณฑ์แปลความหมายคือ คะแนนเฉลี่ย ≥ 2.50 = ดี | $1.50-2.49$ = พอทำได้ | < 1.50 = ต้องพัฒนา ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่

ด้านที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
ด้านที่ 1: การใช้งานสมาร์ทโฟนเบื้องต้น	2.30	พอทำได้
ด้านที่ 2: การใช้งานแอปพลิเคชันสื่อสาร	2.26	พอทำได้
ด้านที่ 3: การทำธุรกรรมทางการเงิน	1.90	พอทำได้
ด้านที่ 4: การสืบค้นข้อมูล	1.97	พอทำได้

ค่าเฉลี่ยรวม	2.15	พอทำได้
--------------	------	---------

ด้านการใช้งานสมาร์ทโฟนเบื้องต้น มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (2.30) ตามด้วยด้านการใช้งานแอปพลิเคชันสื่อสาร (2.26) สะท้อนว่าผู้สูงอายุมีความถนัดในการใช้งานพื้นฐานและการสื่อสารผ่าน LINE เป็นอย่างดี ในขณะที่ด้านการทำธุรกรรมทางการเงิน (1.90) และด้านการสืบค้นข้อมูล (1.97) มีคะแนนต่ำกว่า ซึ่งเป็นด้านที่ต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม

1.5 ผลการประเมินรายข้อ

1.6

ตารางที่ 1 ผลการประเมินด้านการใช้งานสมาร์ทโฟนเบื้องต้น

ข้อ	รายการ	ค่าเฉลี่ย	ทำได้ดี (3)	พอทำ (2)	ต้องพัฒนา (1)	ระดับ
1.1	การเปิด-ปิดเครื่อง และการชาร์จแบตเตอรี่	2.58	27 (63%)	14 (33%)	2 (5%)	ดี
1.2	การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต (Wifi/4G-5G)	2.19	17 (40%)	17 (40%)	9 (21%)	พอทำได้
1.3	การบันทึกภาพและบันทึกวิดีโอ	2.14	16 (37%)	17 (40%)	10 (23%)	พอทำได้

ข้อ 1.1 การเปิด-ปิดอินเทอร์เน็ต เป็นทักษะที่ผู้สูงอายุทำได้ดีที่สุด (mean=2.58 ถึงระดับ "ดี") โดย 63% ทำได้ดีโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือ ส่วนข้อ 1.2 และ 1.3 อยู่ในระดับพอทำได้ โดยยังมีผู้ที่ต้องพัฒนาประมาณ 21-23%

ตารางที่ 2 ผลการประเมินด้านการใช้งานแอปพลิเคชันสื่อสาร

ข้อ	รายการ	ค่าเฉลี่ย	ทำได้ดี (3)	พอทำ (2)	ต้องพัฒนา (1)	ระดับ
2.1	Line การอ่าน/ส่งข้อความ หรือส่งสติ๊กเกอร์	2.26	20 (47%)	14 (33%)	9 (21%)	พอทำได้
2.2	โทรศัพท์ Video Call ผ่าน LINE/Messenger	2.28	21 (49%)	13 (30%)	9 (21%)	พอทำได้
2.3	Facebook การเปิดดูข่าวสาร / กดไลก์/คอมเมนต์	2.33	22 (51%)	13 (30%)	8 (19%)	พอทำได้
2.4	Facebook การโพสต์รูปภาพหรือข้อความด้วยตนเอง	2.16	17 (40%)	16 (37%)	10 (23%)	พอทำได้

ทุกรายการในด้านนี้อยู่ในระดับ "พอทำได้" โดยข้อ 2.3 Facebook การเปิดดูข่าวสาร /กดไลก์/คอมเมนต์ มีคะแนนสูงสุด (mean=2.33) และมีผู้ทำได้ดีถึง 51% การสื่อสารผ่าน Facebook จึงเป็นจุดแข็งสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนนี้

ตารางที่ ผลการประเมินด้านการทำธุรกรรมทางการเงิน

ข้อ	รายการ	ค่าเฉลี่ย	ทำได้ดี (3)	พอทำ (2)	ต้องพัฒนา (1)	ระดับ
3.1	การเช็กยอดเงินผ่านแอปธนาคาร (Mobile Banking)	2.00	17 (40%)	9 (21%)	17 (40%)	พอทำได้
3.2	การโอนเงินหรือสแกนจ่าย QR Code	1.79	13 (30%)	8 (19%)	22 (51%)	พอทำได้

ด้านนี้มีคะแนนต่ำสุดในบรรดาทุกด้าน โดยเฉพาะข้อ 3.2 การโอนเงินหรือสแกนจ่าย QR Code (mean=1.79) ซึ่งมีผู้ต้องพัฒนาสูงถึง 51% นับเป็นประเด็นสำคัญ

ตารางที่ ผลการประเมินด้านการสืบค้นข้อมูล

ข้อ	รายการ	ค่าเฉลี่ย	ทำได้ดี (3)	พอทำ (2)	ต้องพัฒนา (1)	ระดับ
4.1	การค้นหาข้อมูลสุขภาพ/ความรู้ผ่าน Google/You Tube	2.07	17 (40%)	12 (28%)	14 (33%)	พอทำได้
4.2	การตรวจสอบข่าวปลอม รู้ว่าข่าวไหนจริง/หลอกหลวง	1.86	10 (23%)	17 (40%)	16 (37%)	พอทำได้

ตารางที่ ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะดิจิทัลทั้ง 11 รายการจากสูงสุดไปต่ำสุด

อันดับ	ทักษะความรู้ทางดิจิทัล	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
1	ข้อ 1.1 การเปิด-ปิดเครื่อง และการชาร์จแบตเตอรี่	2.58	ดี
2	ข้อ 2.3 Facebook การเปิดดูข่าวสาร/กดไลก์/คอมเมนต์	2.33	พอทำได้
3	ข้อ 2.2 Video Call ผ่าน LINE/Messenger	2.28	พอทำได้
4	ข้อ 2.1 LINE การอ่าน/ส่งข้อความ หรือส่งสติ๊กเกอร์	2.26	พอทำได้
5	ข้อ 1.2 การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต (Wifi/4G-5G)	2.19	พอทำได้
6	ข้อ 2.4 Facebook การโพสต์รูปภาพหรือข้อความด้วยตนเอง	2.16	พอทำได้
7	ข้อ 1.3 การบันทึกภาพและบันทึกวิดีโอ	2.14	พอทำได้

8	ข้อ 4.1 การค้นหาข้อมูลสุขภาพ/ความรู้ผ่าน Google/YouTube	2.07	พอทำได้
9	ข้อ 3.1 การใช้จ่ายเงินผ่านแอปธนาคาร (Mobile Banking)	2.00	พอทำได้
10	ข้อ 4.2 การตรวจสอบข่าวปลอม รู้ว่าข่าวไหนจริง/หลอกลวง	1.86	พอทำได้
11	ข้อ 3.2 การโอนเงินหรือสแกนจ่าย QR Code	1.79	พอทำได้

ค่าเฉลี่ยรวมทุกรายการ = 2.15 ระดับ: พอทำได้

1.6 วิเคราะห์สรุปภาพรวมทักษะที่ต้องพัฒนา

ผลการเรียงลำดับคะแนนสามารถจำแนกทักษะดิจิทัลของผู้สูงอายุชุมชนคุ้งตะเภาออกเป็น 3 กลุ่มที่ต้องการการพัฒนาในระดับที่แตกต่างกัน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทักษะที่มีความแข็งแกร่ง (ค่าเฉลี่ย 2.25 ขึ้นไป) ได้แก่ การเปิด-ปิดเครื่อง/ชาร์จแบตเตอรี่ (2.58), Facebook การดูข่าว/กดไลค์ (2.33), Video Call ผ่าน LINE (2.28) และ LINE ส่งข้อความ (2.26) ทักษะเหล่านี้สะท้อนว่าผู้สูงอายุในชุมชนได้ใช้งานอุปกรณ์ดิจิทัลเพื่อการสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อนฝูงอยู่แล้ว ถือเป็นฐานที่ดีในการต่อยอดการเรียนรู้

กลุ่มที่ 2 ทักษะที่ต้องการพัฒนาระดับกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.90–2.20) ได้แก่ การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต การโพสต์ Facebook การบันทึกภาพ/วิดีโอ และการค้นหาข้อมูลสุขภาพ ทักษะเหล่านี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอทำได้แต่ยังต้องการการฝึกฝนเพิ่มเติม หากพัฒนาได้จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและการสร้างรายได้ผ่านช่องทางดิจิทัล

กลุ่มที่ 3 ทักษะที่ต้องพัฒนาเร่งด่วนที่สุด (ค่าเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.90) ได้แก่ การตรวจสอบข่าวปลอม (1.86) และการโอนเงิน/สแกนจ่าย QR Code (1.79) ซึ่งมีผู้ต้องพัฒนาสูงถึงร้อยละ 37 และ 51 ตามลำดับ ทักษะเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยทางการเงินและการป้องกันภัยไซเบอร์ ควรได้รับการพัฒนาเป็นอันดับแรกในหลักสูตรฝึกอบรม

ข้อสังเกตสำคัญ: ด้านการทำธุรกรรมทางการเงิน (ค่าเฉลี่ยรวม 1.90) มีความเหลื่อมล้ำภายในด้านสูง คือ แม้ร้อยละ 40 ทำได้ดี แต่อีกร้อยละ 40 ยังต้องพัฒนา บ่งชี้ว่ากลุ่มที่ทำได้ดีมักได้รับการสอนจากบุตรหลาน ส่วนกลุ่มที่ยังไม่ได้รับโอกาสนี้มีความเสี่ยงสูงต่อภัยทางการเงินออนไลน์ และยิ่งตอกย้ำความจำเป็นของการพัฒนาหลักสูตรอบรมที่เข้าถึงได้สำหรับทุกคนในชุมชน

ส่วนที่ 2 ผลการอบรมทักษะดิจิทัล สำหรับผู้สูงวัย

3.6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรม

ตารางที่.....เปรียบเทียบคะแนนทักษะด้านดิจิทัลของผู้สูงอายุก่อนและหลังพัฒนาทักษะ

ทักษะด้านดิจิทัล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t-test	p-value
ก่อนการพัฒนาทักษะ	6.81	2.25	7.29	0.000
หลังการพัฒนาทักษะ	8.16	1.74		

3.7 การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงผลคะแนนการอบรมทักษะดิจิทัลกับมาตรฐานสมรรถนะดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ (ในประเทศและต่างประเทศ)

รายงานนี้วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างผลคะแนน Pre-test และ Post-test ของผู้เข้ารับการอบรม 43 คน กับกรอบมาตรฐานสมรรถนะดิจิทัล 3 ระดับ ได้แก่ (1) กรอบระดับนานาชาติ DigComp 3.0 ของสหภาพยุโรป (2) กรอบมาตรฐาน ASEAN Digital Literacy Framework และ (3) กรอบมาตรฐานในประเทศไทยของ ONDE/MDES และ TPQI

3.7.1 กรอบมาตรฐานสมรรถนะดิจิทัลที่เกี่ยวข้อง

1. กรอบสากล: DigComp 3.0 (EU, 2022–2024) DigComp (Digital Competence Framework for Citizens) เป็นกรอบอ้างอิงมาตรฐานของสหภาพยุโรปที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในโลก ประกอบด้วย 5 โดเมน 21 ความสามารถย่อย และ 8 ระดับสมรรถนะ

โดเมน	ชื่อโดเมน	ทักษะหลัก	สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ
D1	Information & Data Literacy	ค้นหา ประเมิน จัดการข้อมูล	รู้ทันข่าวลวง ตรวจสอบแหล่งข้อมูล
D2	Communication & Collaboration	สื่อสาร ร่วมมือ แบ่งปันอย่างมีจริยธรรม	ใช้ LINE/Facebook อย่างปลอดภัย
D3	Digital Content Creation	สร้าง แก้ไข เผยแพร่คอนเทนต์	สร้างภาพ ข้อความ สวีตตีวันจันทร์
D4	Safety	ปกป้องอุปกรณ์ ข้อมูล สุขภาวะดิจิทัล	ป้องกันภัยไซเบอร์ Call Center
D5	Problem Solving	แก้ปัญหา ระบุช่องว่าง พัฒนาต่อยอด	จัดการปัญหาทางเทคนิคเบื้องต้น

ระดับสมรรถนะ DigComp แบ่งเป็น 8 ระดับ (4 กลุ่ม) โดยงานวิจัยยืนยันว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 1-4 และเป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มนี้คือระดับ 3-4 (Intermediate)

ระดับ	กลุ่ม	คำอธิบาย
1-2	Foundation	ใช้งานพื้นฐานได้ด้วยความช่วยเหลือ (guided) รู้จักคำศัพท์ดิจิทัลเบื้องต้น
3-4	Intermediate	ใช้งานได้ด้วยตนเองในสถานการณ์คุ้นเคย แก้ปัญหาพื้นฐานได้ (เป้าหมายเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ)
5-6	Advanced	ใช้ได้สถานการณ์หลากหลาย แนะนำผู้อื่นได้ ปรับใช้กับบริบทใหม่ได้
7-8	Highly Specialised	เชี่ยวชาญเฉพาะทาง สร้างนวัตกรรม แก้ปัญหาซับซ้อนได้อย่างอิสระ

2. กรอบมาตรฐานในประเทศไทย

2.1 หลักสูตรการเข้าใจดิจิทัล (Digital Literacy) ONDE/MDES 2562 สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ONDE) กำหนดหลักสูตร 10 ด้านสำหรับพลเมืองไทย ครอบคลุม สิทธิและความรับผิดชอบ การสื่อสาร การค้นหาข้อมูล ความปลอดภัย ลิขสิทธิ์ เป็นต้น โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลักรวมถึงผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง

2.2 กรอบสมรรถนะดิจิทัล TPQI (สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ) 3 ระดับ

ระดับ TPQI	เนื้อหาหลัก	เป้าหมายกลุ่ม
ระดับ 1: ทักษะขั้นพื้นฐาน	อุปกรณ์, อินเทอร์เน็ต, ความปลอดภัยเบื้องต้น, พ.ร.บ.คอมพิวเตอร์	ประชาชนทั่วไป ผู้สูงอายุ
ระดับ 2: ทักษะขั้นต้นสำหรับการทำงาน	Office applications, การสื่อสารออนไลน์, ธุรกิจ e-Government	บุคลากรภาครัฐ พนักงาน
ระดับ 3: ทักษะประยุกต์สำหรับการทำงาน	Data management, Cloud, Cybersecurity ขั้นสูง	ผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ IT

ก.พ. กำหนดให้บุคลากรภาครัฐทุกคนต้องมีทักษะดิจิทัล 4 ด้านคือ Use / Understand / Create / Access โดยสอดคล้องกับกรอบ TPQI ระดับ 1 ขึ้นไป

2.3 กรอบภูมิภาค: ASEAN Digital Literacy Framework

กรอบ ASEAN ใช้โมเดล 4 มิติ ได้แก่ Access, Literacy, Safety และ Participation สำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกรอบนี้เน้นความปลอดภัยและการป้องกันการถูกหลอกลวงออนไลน์เป็นลำดับความสำคัญสูงสุด สอดคล้องกับบริบทของอาเซียนที่มีอัตราการฉ้อโกงออนไลน์สูง

3. การแปลงผลคะแนนสู่กรอบมาตรฐาน

3.1 ตารางเทียบระดับคะแนนกับ DigComp 3.0 และ TPQI

คะแนน (/10)	ร้อยละ	DigComp 3.0 Level	TPQI ระดับ	ความหมายเชิงปฏิบัติ
0–3	0–30%	Foundation (L1)	ต่ำกว่า ระดับ 1	ต้องการความช่วยเหลือสูง
4–5	40–50%	Foundation (L2)	ระดับ 1 (บางส่วน)	ใช้งานได้พื้นฐานแต่ไม่มั่นคง
6–7	60–70%	Intermediate (L3)	ระดับ 1 (ผ่าน)	ใช้ได้ด้วยตนเองในสถานการณ์คุ้นเคย
8	80%	Intermediate (L4)	ระดับ 1–2	ใช้ได้หลายสถานการณ์ แนะนำเบื้องต้นได้
9	90%	Advanced (L5)	ระดับ 2	ใช้ได้หลากหลาย สามารถสอนผู้อื่นได้
10	100%	Advanced (L6)	ระดับ 2–3	เชี่ยวชาญ พัฒนาต่อยอดได้อิสระ

3.2 ผลการแปลงคะแนน Pre-test และ Post-test (43 คน)

ตัวชี้วัด	Pre-test	Post-test	การเปลี่ยนแปลง
คะแนนเฉลี่ย	6.81	8.16	+1.35 (+19.8%)
ระดับ DigComp เฉลี่ย	L3 (Intermediate Low)	L4 (Intermediate High)	เลื่อนระดับภายใน Intermediate
ระดับ TPQI เฉลี่ย	ระดับ 1 (ผ่านต่ำ)	ระดับ 1 (ผ่านสูง)	ยืนยันผ่านมาตรฐาน TPQI DL ระดับ 1
จำนวนผู้ที่พัฒนาขึ้น	—	34 คน	79.1% — เกินเกณฑ์มาตรฐาน 60%

ข้อค้นพบสำคัญ

ค่าเฉลี่ย Post-test 8.16 คะแนน (81.6%) สูงกว่าเกณฑ์ผ่านของ TPQI Digital Literacy ระดับ 1 ที่กำหนดไว้ที่ 70% (7 คะแนน) ซึ่งแสดงว่าผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่บรรลุมาตรฐานขั้นต่ำที่ภาครัฐไทยกำหนดสำหรับพลเมืองดิจิทัล

4. การวิเคราะห์รายกลุ่มตามระดับ DigComp

4.1 กลุ่ม Foundation (Pre-test 0–5 คะแนน) — 6 คน (14%)

ได้แก่ ประพนอม สุขคำ (1→3), กุหลาบ พรหมณรงค์ (0→2), มาริน สัตยาภรณ์ (4→7), จำเนียร อักษรไชย (3→7), สายหยุด ปันจิต (5→9), บัวแก้ว เลี้ยงประเสริฐ (4→8)

คะแนนพัฒนาเฉลี่ย: +3.5 คะแนน — กลุ่มนี้ได้ประโยชน์มากที่สุด การออกแบบหลักสูตรที่เน้นกิจกรรมปฏิบัติ (Role Play, Digital Bingo) ตอบโจทย์กลุ่มนี้โดยตรง สอดคล้องกับงานวิจัย Frontiers 2025 ที่ยืนยันว่าผู้ที่เริ่มจาก Foundation Level ได้ประโยชน์มากที่สุดจากการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

ข้อค้นพบ: กลุ่ม Foundation

4 ใน 6 คน เลื่อนระดับขึ้นมายู่ที่ Intermediate หลังการอบรม ซึ่งถือว่าสำเร็จตามเป้าหมาย DigComp — บรรลุ L2→L3

4.2 กลุ่ม Intermediate (Pre-test 5–8 คะแนน) — 28 คน (65%)

กลุ่มหลักของการอบรม คะแนนพัฒนาเฉลี่ย: +1.2 คะแนน การพัฒนาน้อยกว่ากลุ่ม Foundation แต่มีความสำคัญในแง่ของการ "ยืนยัน" ทักษะที่มีอยู่ให้มั่นคงยิ่งขึ้น (Consolidation) โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยดิจิทัลที่เป็นเนื้อหาหลักของหลักสูตร 4.3 กลุ่ม Advanced (Pre-test 9–10 คะแนน) — 9 คน (21%)

กลุ่มนี้มีผลลัพธ์หลากหลาย: 4 คนได้ 10/10 ทั้ง Pre และ Post, 2 คนคะแนนลดลง (-1) ซึ่งอาจเกิดจาก Test-retest effect หรือเนื้อหาหลักสูตรไม่ได้เพิ่มมูลค่าความรู้ใหม่ให้กับกลุ่มที่มีทักษะสูงอยู่แล้ว

ข้อเสนอแนะ: กลุ่ม Advanced

ควรออกแบบเนื้อหาเสริมสำหรับกลุ่มนี้ โดยเน้น D3 (Content Creation) และ D5 (Problem Solving) ซึ่งเป็นโดเมนที่หลักสูตรปัจจุบันยังครอบคลุมน้อย เพื่อพัฒนาสู่ระดับ Advanced L5–L6

5. การวิเคราะห์ช่องว่างสมรรถนะ (Competency Gap Analysis)

5.1 ตารางเปรียบเทียบเนื้อหาหลักสูตรกับกรอบมาตรฐาน

เนื้อหาหลักสูตร	DigComp	ONDE 10 ด้าน	TPQI DL	ระดับสมรรถนะเป้าหมาย
Digital Footprint / โลกจริงvs.ดิจิทัล	D1 (IDL)	ด้าน 2, 4	ระดับ 1	Intermediate L3–4

เนื้อหาหลักสูตร	DigComp	ONDE 10 ด้าน	TPQI DL	ระดับสมรรถนะเป้าหมาย
ภัยไซเบอร์ / กลโกง / Call Center	D4 (Safety)	ด้าน 5, 6	ระดับ 1	Intermediate L3–4
รู้ทันข่าวลวง / ตรวจสอบข่าว	D1 + D2	ด้าน 2, 8	ระดับ 1	Intermediate L3–4
สื่อ LINE / Facebook Security	D4 + D2	ด้าน 5, 3	ระดับ 1	Intermediate L3–4
สวัสดีวันจันทร์ / สร้างภาพ	D3 (DCC)	ด้าน 7	ระดับ 1	Intermediate L3–4
 ขาด: Problem Solving (D5)	D5 	ด้าน 9, 10	ระดับ 2+	ไม่ครอบคลุมในหลักสูตรปัจจุบัน

5.2 ตัวชี้วัดพฤติกรรมดิจิทัลที่สะท้อนระดับสมรรถนะ

จากข้อมูลพฤติกรรมผู้เข้าร่วม สามารถประเมินระดับสมรรถนะปัจจุบันได้ดังนี้:

ข้อมูลพฤติกรรม	สัดส่วน	ความหมายตามกรอบ DigComp
ใช้สมาร์ทโฟนเป็นอุปกรณ์หลัก	95.3%	บรรลู่ D4: ปกป้องอุปกรณ์ขั้นพื้นฐาน (L1–2)
ใช้อินเทอร์เน็ตทุกวัน (~4.9 ชม./วัน)	69.8%	บรรลู่ D2: การสื่อสารและการใช้งานประจำวัน (L2–3)
ค้นหาข้อมูลสุขภาพออนไลน์	62.8%	บรรลู่ D1: Information Literacy บางส่วน (L2–3)
ใช้ TikTok (สื่อสั้น)	32.6%	เสียง Echo Chamber — ต้องการ D1 Critical Thinking (L3+)
ไม่เคยใช้อุปกรณ์ดิจิทัล	4.7%	ยังอยู่ต่ำกว่า Foundation Level (L0) — ต้องการการดูแลพิเศษ

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการพัฒนาหลักสูตร

6.1 เป้าหมายระดับสมรรถนะที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงวัยกลุ่มนี้

อิงจากกรอบ DigComp 3.0 และงานวิจัยสำหรับผู้สูงอายุในบริบทอาเซียน (Jantavongso, 2021; MDPI, 2024) เป้าหมายสมรรถนะที่เหมาะสมและเป็นไปได้สำหรับผู้สูงวัยไทยกลุ่มนี้คือ:

ระยะสั้น (หลังอบรม 2 ชั่วโมง): DigComp Level 3 (Intermediate) — ผ่าน TPQI DL ระดับ 1
 ระยะกลาง (อบรมต่อเนื่อง 3–6 เดือน): DigComp Level 4 — ใช้งานหลายสถานการณ์ได้อิสระ
 ระยะยาว (1 ปีขึ้นไป): DigComp Level 5 — สามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นในชุมชนได้

6.2 ข้อเสนอแนะการพัฒนาหลักสูตร (Curriculum Development)

ลำดับความสำคัญ	สิ่งที่ควรเพิ่ม	เหตุผลตามกรอบมาตรฐาน
สูง	Module D5: Problem Solving — แก้ปัญหาทางเทคนิคเบื้องต้น เช่น ลืมรหัส ถูก Block	DigComp D5 ยังขาดหาย, ONDE ด้าน 9–10 ไม่ครอบคลุม
สูง	Follow-up Session 1 เดือนหลังอบรม: ทบทวนและวัด Retention Rate	งานวิจัย (Frontiers, 2025) ยืนยันต้องมี Booster Session
กลาง	ขยาย D3: Content Creation เชิงลึก — การใช้ AI ช่วยสร้างคอนเทนต์	DigComp D3 ยังอยู่ระดับพื้นฐาน, เหมาะกับกลุ่ม Advanced
กลาง	เพิ่ม e-Health Literacy: ประเมินข้อมูลสุขภาพออนไลน์ (62.8% ใช้อยู่แล้ว)	ASEAN Framework: Safety + Health Literacy สำหรับผู้สูงวัย
ต่ำ	แยกกลุ่ม Advanced ออกไปอบรมหลักสูตรระดับ 2 (TPQI DL ระดับ 2)	กลุ่ม Pre-test 9–10 ไม่ได้รับประโยชน์สูงสุดจากหลักสูตรนี้

6.3 ตัวชี้วัดความสำเร็จที่แนะนำ (KPI)

- ร้อยละ 80 ของผู้เข้าอบรมผ่าน TPQI DL ระดับ 1 (ปัจจุบัน: บรรลุแล้วที่ 81.6%)
- ร้อยละ 70 ของผู้เข้าอบรมบรรลุ DigComp Level 3 ขึ้นไป (ปัจจุบัน: ~72%)
- Retention Rate 60 วันหลังอบรม: คะแนนไม่ต่ำกว่า Post-test เกิน 1 คะแนน (ต้องติดตาม)
- อัตราการรายงานภัยไซเบอร์ต่อสายด่วน 1212 ในชุมชน (Behavioral Outcome)

6.4 สรุปภาพรวมผลการอบรมทักษะดิจิทัลสำหรับผู้สูงวัย

การอบรมทักษะดิจิทัล "วัยเก๋า รู้เท่าทัน สร้างสรรค์โลกดิจิทัล" ระยะเวลา 6 ชั่วโมง สำหรับผู้สูงอายุ ชุมชนคุ้งตะเภา 43 คน เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2569 ได้แสดงผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจนในทุกมิติ ดังสรุปได้ดังนี้

ผลสัมฤทธิ์ด้านคะแนน

คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.81 เป็น 8.16 คะแนน คิดเป็นการพัฒนา +1.35 คะแนน (+19.8%) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ผ่านของ TPQI Digital Literacy ระดับ 1 ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 70 (7 คะแนน) โดยค่าเฉลี่ย Post-test อยู่ที่ร้อยละ 81.6 สะท้อนว่าผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่บรรลุมาตรฐานขั้นต่ำที่ภาครัฐไทยกำหนดสำหรับพลเมืองดิจิทัล และยกระดับจาก DigComp Intermediate L3 สู่ L4 ภายในระยะเวลาการอบรมเพียงครึ่งวัน

ผลสัมฤทธิ์รายกลุ่ม

ผู้เข้าร่วม 34 คน จาก 43 คน (ร้อยละ 79.1) มีคะแนนพัฒนาขึ้น ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 60% กลุ่มที่ได้รับประโยชน์สูงสุดคือกลุ่ม Foundation (Pre-test 0-5 คะแนน) จำนวน 6 คน ซึ่งพัฒนาเฉลี่ย +3.5 คะแนน และ 4 ใน 6 คน เลื่อนระดับขึ้นมาอยู่ที่ Intermediate สำเร็จตามเป้าหมาย DigComp L2 สู่ L3 กลุ่ม Intermediate (28 คน) พัฒนาเฉลี่ย +1.2 คะแนน ส่วนกลุ่ม Advanced (9 คน) มีผลลัพธ์หลากหลาย โดย 2 คน คะแนนลดลงเล็กน้อย (-1 คะแนน) ซึ่งอาจเกิดจาก Test-retest effect บ่งชี้ว่าเนื้อหาหลักสูตรยังไม่เพียงพอสำหรับกลุ่มที่มีทักษะสูงอยู่แล้ว

ข้อค้นพบเชิงบริบทชุมชน

ผลการอบรมสอดคล้องกับบริบทชุมชนคั้งตะเกาที่ผู้สูงอายุร้อยละ 95.3 ใช้สมาร์ทโฟนเป็นอุปกรณ์หลัก และร้อยละ 69.8 เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตทุกวัน ฐานทักษะพื้นฐานที่มีอยู่ทำให้การเรียนรู้ในหลักสูตรมีประสิทธิภาพสูง อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ใช้ TikTok (ร้อยละ 32.6) เป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษด้านการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อ Echo Chamber และการรับข้อมูลที่ไม่ได้รับการตรวจสอบ

บทสรุปเชิงนโยบาย

ผลการอบรมยืนยันว่า นวัตกรรมส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัล "วัยเก๋า รู้เท่าทัน สร้างสรรค์โลกดิจิทัล" มีประสิทธิภาพสูงในการยกระดับสมรรถนะดิจิทัลของผู้สูงอายุในชุมชน บรรลุเป้าหมายระยะสั้นตามกรอบ DigComp และผ่านมาตรฐาน TPQI Digital Literacy ระดับ 1 สมควรนำหลักสูตรนี้ผนวกเข้ากับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580) และบูรณาการกับแผนงาน NDESC Digital Literacy for All พร้อมทั้งกำหนดให้มี Follow-up Session ทุก 1 เดือนหลังการอบรม เพื่อวัด Retention Rate และเสริมความแข็งแกร่งของทักษะที่ได้รับ สู่เป้าหมายระยะยาวในการพัฒนา "ครูดิจิทัลชุมชน" จากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีทักษะสูง เพื่อสร้างระบบการเรียนรู้ดิจิทัลแบบพึ่งพาตนเองและยั่งยืนในชุมชนคั้งตะเกาต่อไป

กิจกรรมที่ 4

เสริมสร้างรายได้และสุขภาวะด้วย

นวัตกรรมสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุตำบลคิ่งตะเภา จังหวัดอุดรธานี

ที่มาและความสำคัญในการดำเนินกิจกรรม

บริบทเชิงมหภาค: สังคมสูงวัยและความท้าทายของเศรษฐกิจฐานราก

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) และกำลังมุ่งหน้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ในระยะเวลาอันใกล้ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) สถานการณ์ดังกล่าวสร้างแรงกดดันต่อระบบเศรษฐกิจและสาธารณสุขอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในชนบทที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะความยากจนซ้ำซาก ความไม่มั่นคงทางรายได้ และการเข้าถึงโอกาสทางเศรษฐกิจที่เหมาะสมกับวัย ภาครัฐได้พยายามขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานรากผ่านกลไกวิสาหกิจชุมชน อย่างไรก็ตาม การสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า วิสาหกิจชุมชนส่วนใหญ่ยังติดกับดักการผลิตสินค้าปฐมภูมิที่มีมูลค่าต่ำ ขาดนวัตกรรม และขาดการบริหารจัดการแบบมืออาชีพ (ณัฐพงศ์ แก้วบุญมา และคณะ, 2565) ซึ่งสะท้อนช่องว่างสำคัญระหว่างนโยบายระดับชาติกับการปฏิบัติจริงในพื้นที่

บริบทเชิงพื้นที่: ศักยภาพและข้อจำกัดของชุมชนคังตะเถา

ชุมชนคังตะเถา ตำบลคังตะเถา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นพื้นที่ที่สะท้อนภาพจำลองของชุมชนท้องถิ่นไทยในยุคสังคมสูงวัยได้อย่างชัดเจน คือ มีทั้งต้นทุนที่เข้มแข็ง ได้แก่ ทุนภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นถิ่นจากปราชญ์ชาวบ้าน ฐานทรัพยากรชีวภาพในพื้นที่ที่มีสวนพฤกษศาสตร์สมุนไพรวัดคังตะเถาเป็นแหล่งรวบรวมพืชสมุนไพรกว่า 500 ชนิด และเครือข่ายความสัมพันธ์ในชุมชนที่เหนียวแน่น ในขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุกลายเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนกิจกรรมเศรษฐกิจชุมชนแทนคนวัยทำงานที่ย้ายถิ่น ความท้าทายด้านการบริหารจัดการกลุ่มอย่างเป็นระบบ และข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลที่ทำให้ผลิตภัณฑ์ชุมชนเข้าถึงตลาดได้จำกัด ที่สำคัญคือ ผลิตภัณฑ์จากภูมิปัญญาสมุนไพรของชุมชนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ยังจำหน่ายในรูปแบบวัตถุดิบขั้นต้นหรือผลิตภัณฑ์ที่ขาดการสร้างมูลค่าเพิ่มอย่างเป็นระบบ ขาดอัตลักษณ์แบรนด์ที่ชัดเจน และมีบรรจุภัณฑ์ที่ไม่ดึงดูดผู้บริโภคใหม่ จึงทำให้ขายได้ในราคาต่ำ ไม่สามารถสร้างรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพหรือการพัฒนากลุ่มสู่ความยั่งยืนได้

ฐานคิดเชิงทฤษฎี: การสร้างมูลค่าเพิ่มผ่านแบรนด์และการเล่าเรื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมในโครงการวิจัยใหญ่ พบว่า การสร้างมูลค่าเพิ่ม (Value Creation) ให้แก่ผลิตภัณฑ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นกลยุทธ์สำคัญในการก้าวข้ามกับดักการแข่งขันด้านราคา โดยสามารถดำเนินการได้ผ่าน 3 กลยุทธ์หลัก ได้แก่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์และนวัตกรรม การสร้างแบรนด์และการเล่าเรื่องราว (Branding & Storytelling) และการประยุกต์ใช้การตลาดดิจิทัล (ศรีสุนันท์ ประเสริฐสังข์ และคณะ, 2565) ในจำนวนนี้ การสร้างแบรนด์และการเล่าเรื่องราว ถือเป็นกลยุทธ์ที่ทรงพลังเป็นพิเศษ เพราะช่วยเปลี่ยนสมุนไพรธรรมดาให้กลายเป็น "มรดกทางวัฒนธรรมที่จับต้องได้" สร้างความรู้สึกเชื่อมโยง ความน่าเชื่อถือ และความภาคภูมิใจให้แก่ผู้ซื้อ ซึ่งเป็นมูลค่าเพิ่มที่คู่แข่งเลียนแบบได้ยาก กลยุทธ์การสร้างแบรนด์สำหรับสินค้าชุมชนจึงไม่ใช่เพียงการออกแบบโลโก้ แต่คือการสร้างอัตลักษณ์ การถ่ายทอดประวัติศาสตร์ของพื้นที่ ที่มาของวัตถุดิบ และความพิถีพิถันของผู้สูงอายุผู้ผลิต ผ่านสื่อต่างๆ และบนบรรจุภัณฑ์

ความเชื่อมโยงกับโครงการวิจัยและความจำเป็นเร่งด่วน

กิจกรรมการอบรม "ปั้นน้ำยา...ให้เป็นแบรนด์ดังประจำถิ่น" ที่ดำเนินการในครั้งนี้เป็นกิจกรรมย่อยภายใต้วัตถุประสงค์เฉพาะข้อที่ 3 ของโครงการวิจัย "การพัฒนารูปแบบการยกระดับสุขภาวะและเศรษฐกิจฐานรากบนฐานภูมิปัญญาสมุนไพรและนวัตกรรมสังคมสำหรับผู้สูงอายุชุมชนคังตะเถา จังหวัดอุดรธานี" ซึ่งมุ่งเน้น "การเสริม

พลังวิสาหกิจชุมชนด้วยนวัตกรรมสังคมในการสร้างมูลค่าเพิ่มผลิตภัณฑ์ภูมิปัญญาสมุนไพรและเศรษฐกิจฐานรากที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุ" โดยกิจกรรมนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของกระบวนการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม (Prototyping) ในระยะที่ 2 ของโครงการ

เหตุผลที่กิจกรรมนี้มีความจำเป็นเร่งด่วน สามารถสรุปได้ 4 ประการ

ประการแรก กลุ่มวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุในตำบลทุ่งตะเกียบมีผลิตภัณฑ์น้ำยาสมุนไพรเนกประสงค์ที่พัฒนาขึ้นจากภูมิปัญญาท้องถิ่นแล้ว แต่ยังขาดอัตลักษณ์แบรนด์ ฉลาก และบรรจุภัณฑ์ที่จะช่วยเพิ่มมูลค่าและสร้างความน่าเชื่อถือต่อผู้บริโภค ตัวอย่างที่ปรากฏในเอกสารประกอบการอบรมแสดงให้เห็นว่า สินค้าที่ขายในรูปแบบ "ใส่ถุง" สามารถขายได้เพียง 20 บาท ในขณะที่สินค้าที่มีแบรนด์และบรรจุภัณฑ์ที่ดีสามารถขายได้ถึง 59 บาท ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการพัฒนาแบรนด์อย่างเป็นรูปธรรม

ประการที่สอง ผู้สูงอายุในกลุ่มเป้าหมายมีต้นทุนเรื่องราวที่มีคุณค่า ทั้งภูมิปัญญาที่สืบทอดกันมา การใช้วัตถุดิบในท้องถิ่น และการรวมกลุ่มของแม่บ้านผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัตถุดิบชั้นเลิศสำหรับการเล่าเรื่อง (Storytelling) แต่ยังขาดเครื่องมือและทักษะในการแปลงเรื่องราวเหล่านี้ให้กลายเป็นการสื่อสารแบรนด์ที่มีประสิทธิภาพ

ประการที่สาม กระบวนการพัฒนาแบรนด์โดยผู้สูงอายุเอง ไม่ใช่เพียงการสร้างผลิตภัณฑ์เพื่อรายได้ แต่ยังเป็นกระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจในภูมิปัญญาของชุมชน และเกิดการรวมกลุ่มทางสังคมที่เข้มแข็ง สอดคล้องกับแนวคิดพลวุฒิพลัง (Active Aging) และแนวคิดนวัตกรรมสังคม (Social Innovation) ที่เป็นแกนหลักของโครงการวิจัย

ประการที่สี่ การออกแบบกระบวนการอบรมที่ใช้เวลาเพียง 90 นาที โดยมีใบงาน 3 ใบเป็นเครื่องมือสนับสนุน เป็นการทดลองรูปแบบนวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) ที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ซึ่งหากได้รับการพิสูจน์ผลและถอดบทเรียนอย่างเป็นระบบ จะสามารถพัฒนาเป็นโมเดลการอบรมต้นแบบที่นำไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้ต่อไป

ความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์

กิจกรรมนี้ยังสอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ที่มุ่งเน้นการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ BCG (Bio-Circular-Green Economy) และการพัฒนาเชิงพื้นที่ (Area-Based Development) (สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ, 2566) อีกทั้งยังตอบสนองต่อพันธกิจของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ในฐานะสถาบันอุดมศึกษาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ที่มีเป้าหมายในการนำองค์ความรู้ วิจัย และนวัตกรรม ลงไปยกระดับคุณภาพชีวิต และสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนเป้าหมายอย่างยั่งยืน (มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์, 2566)

สรุปความสำคัญของการดำเนินกิจกรรม

จากเหตุผลและบริบทที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่ากิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ "ปั้นน้ำยา...ให้เป็นแบรนด์ดังประจำถิ่น" มีความสำคัญใน 3 ระดับ คือ ระดับที่หนึ่ง เป็นเครื่องมือในการสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผลิตภัณฑ์ภูมิปัญญาสมุนไพรของวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุ ระดับที่สอง เป็นกระบวนการเสริมพลังที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในคุณค่าของภูมิปัญญาตนเองและพัฒนาทักษะการเป็นผู้ประกอบการ และระดับที่สาม เป็นการทดลองและพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมกระบวนการที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเสริมพลังวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นต่อไป กิจกรรมนี้จึงไม่ใช่เพียงการอบรมระยะสั้น แต่เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐาน

รากที่ยั่งยืนผ่านการเปลี่ยนสถานะของผู้สูงอายุจากกลุ่มพึ่งพิงให้กลายเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพ ตามเป้าหมายหลักของโครงการวิจัย

วิธีการดำเนินงาน

การดำเนินกิจกรรมพัฒนาแบรนด์ชุมชนในโครงการนี้ ผู้วิจัยออกแบบกระบวนการทำงานโดยยึดหลักการมีส่วนร่วม (Participatory Approach) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุในวิสาหกิจชุมชนเป็นศูนย์กลางของกระบวนการเรียนรู้ การตัดสินใจ และการออกแบบผลิตภัณฑ์ มิได้เป็นเพียงผู้รับการถ่ายทอดความรู้ แต่เป็นผู้ร่วมสร้างแบรนด์ของตนเองอย่างแท้จริง

กรอบการดำเนินงานอาศัยฐานคิดหลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) แนวคิดการสร้างมูลค่าเพิ่มผ่านการสร้างแบรนด์และการเล่าเรื่อง (Value Creation through Branding & Storytelling) เพื่อยกระดับสินค้าภูมิปัญญาชุมชนออกจากกับดักการแข่งขันด้านราคา (2) แนวคิดนวัตกรรมสังคมและการเสริมพลัง (Social Innovation & Empowerment) ที่ใช้กระบวนการพัฒนาผลิตภัณฑ์เป็นเครื่องมือเสริมศักดิ์ศรีและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ และ (3) แนวคิดนวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) ที่มุ่งออกแบบการอบรมให้สั้น กระชับ ใช้งานง่าย และเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ทักษะการอ่าน-เขียน และทักษะดิจิทัลของกลุ่มเป้าหมาย

เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างเป็นระบบและสามารถถอดบทเรียนเพื่อขยายผลในพื้นที่อื่นได้ต่อไป ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ขั้นตอนที่เชื่อมโยงกัน ประกอบด้วย การพัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้ การดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการพร้อมการเก็บข้อมูลผ่านเครื่องมือใบงาน 3 ใบ และการปรับปรุงตราสัญลักษณ์และฉลากผลิตภัณฑ์ร่วมกับนักศึกษาศาสนาวิทยาศาสตร์ โดยทุกขั้นตอนมีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างนักวิจัย นักศึกษา และสมาชิกวิสาหกิจชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้ การสร้างแบรนด์และนักเล่าเรื่องผลิตภัณฑ์ชุมชน (Branding & Storytelling)

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ "ปั้นน้ำยา...ให้เป็นแบรนด์ดังประจำถิ่น" วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2569

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงแก้ไขตราสัญลักษณ์ ฉลากผลิตภัณฑ์ และนำไปทดลองใช้ในการสื่อสาร

2.1 ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้การสร้างแบรนด์และนักเล่าเรื่องผลิตภัณฑ์ชุมชน (Branding & Storytelling)

การพัฒนาหลักสูตรในขั้นตอนนี้เป็นรากฐานที่สำคัญที่สุดของการดำเนินงาน เนื่องจากความสำเร็จของการอบรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับเนื้อหาทางวิชาการเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับข้อจำกัดเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีทักษะการอ่าน-เขียน การเรียนรู้เชิงนามธรรม และความสนใจในการเรียนนานต่อเนื่องที่จำกัด ผู้วิจัยจึงออกแบบหลักสูตรโดยยึดหลักการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การย่อยเนื้อหาทฤษฎีด้านการตลาดและการสร้างแบรนด์ที่ซับซ้อน ให้กลายเป็นภาษาชาวบ้านที่เข้าใจง่าย มีตัวอย่างรูปธรรม และมีกรณีศึกษาที่คุ้นเคย (2) การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบเรียนรู้ควบคู่ปฏิบัติ (Learning by Doing) ผ่านใบงานที่ให้ผู้เรียนลงมือสร้างแบรนด์ของตนเองไปพร้อมกับการฟังบรรยาย และ (3) การออกแบบเครื่องมือประเมินผลที่ฝังอยู่ในใบงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลการพัฒนาทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม

หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมีชื่อว่า "การสร้างแบรนด์และนักเล่าเรื่องผลิตภัณฑ์ชุมชน (Branding & Storytelling)" ประกอบด้วยเนื้อหาหลัก 4 หัวข้อ ที่เรียงลำดับตามตรรกะของการเดินทางในการสร้างแบรนด์ เริ่มจากการปรับกรอบความคิด (Mindset) การสร้างเรื่องราว (Story) การออกแบบอัตลักษณ์ภาพ (Visual Identity) และปิดท้ายด้วยการเตรียมความพร้อมสู่การตลาดจริง (Execution) มีรายละเอียดดังนี้

หลักสูตร: การสร้างแบรนด์และนักเล่าเรื่องผลิตภัณฑ์ชุมชน

หลักสูตรประกอบด้วยเนื้อหาหลัก 4 หัวข้อ ใช้เวลาเรียนรู้รวม 180 นาที มีรายละเอียดดังนี้

หัวข้อที่ 1: พื้นฐานการสร้างแบรนด์และการตลาดแบบใหม่ (Mindset & Value Creation)

เวลาในการเรียนรู้: 30 นาที

วัตถุประสงค์การเรียนรู้: เพื่อให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างแบรนด์ การสร้างมูลค่าเพิ่ม (Value) ให้กับสินค้าชุมชน และเข้าใจหัวใจสำคัญของการตลาดที่เน้นลูกค้าเป็นศูนย์กลาง

เนื้อหาสำคัญ:

ทำไมต้องสร้างแบรนด์: การเปลี่ยนสินค้าธรรมดา (ราคา 20 บาท) ให้มีมูลค่าเพิ่ม (ราคา 59 บาท) เพราะแบรนด์ไม่ใช่แค่โลโก้ แต่คือ "ความไว้วางใจ"

การเปลี่ยนมุมมองจากผู้ผลิต (4Ps) สู่มุมมองลูกค้า (4Cs)

การดึงของดีในมือ (วัตถุดิบ ภูมิปัญญา ความใส่ใจ) มาใช้ และหลักการ "อย่าขายแค่ข้าว ให้ขายความสุข"

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง: ผู้เรียนสามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างสินค้าทั่วไปกับสินค้าที่มีแบรนด์ได้ และเข้าใจว่าต้องเปลี่ยนมุมมองการขายจากการตั้งหน้าตั้งตาขายของ ไปสู่การมอบคุณค่าและการแก้ปัญหาให้ลูกค้า

หัวข้อที่ 2: ศิลปะการเล่าเรื่อง (Storytelling) เพื่อมัดใจลูกค้า

เวลาในการเรียนรู้: 45 นาที

วัตถุประสงค์การเรียนรู้: เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำเรื่องราวเบื้องหลัง ภูมิปัญญา หรือจุดเด่นของชุมชน มาเรียบเรียงเป็นเรื่องราวเพื่อสร้างความแตกต่างและสร้างความน่าเชื่อถือ

เนื้อหาสำคัญ:

• ความแตกต่างระหว่าง Fact (การบอกเล่าข้อมูล) และ Feeling (การใช้ Storytelling เพื่อสร้างความรู้สึกลึกซึ้งและกระตุ้นการตัดสินใจซื้อ)

• โครงสร้างการเล่าเรื่อง: พระเอก (ลูกค้า) - ผู้ร้าย (ปัญหา) - ของวิเศษ (สินค้าของเรา) - ตอนจบ (ผลลัพธ์)

• สูตรเล่าเรื่องให้โดนใจ (S-T-O-R-Y) และกรณีศึกษาต่างๆ เช่น การเล่าเรื่องแบบ Farm to Table หรือการยกระดับสินค้าธรรมดาให้เป็นพรีเมียม

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง: ผู้เรียนสามารถร่างโครงสร้างเรื่องราว (Story) เบื้องหลังของผลิตภัณฑ์ตนเองได้ เพื่อเตรียมนำไปใช้สื่อสารกับลูกค้า

หัวข้อที่ 3: ภาควิชาปฏิบัติการสร้างอัตลักษณ์แบรนด์ (Naming & Logo Design Workshop)

เวลาในการเรียนรู้: 60 นาที (บรรยายและทำใบงานปฏิบัติการ)

วัตถุประสงค์การเรียนรู้: เพื่อให้ผู้เรียนสามารถคิดชื่อแบรนด์ สโลแกน และออกแบบภาพร่างโลโก้เบื้องต้นที่สะท้อนถึงตัวตนของสินค้าได้อย่างเหมาะสม

เนื้อหาและกิจกรรมสำคัญ:

•เทคนิคตั้งชื่อให้จำแม่น: ใช้ชื่อย่อ (เช่น ป้าแจ่ม) ชื่อถิ่น หรือชื่อวัตถุดิบ โดยมีเคล็ดลับคือต้องสั้น ไม่เกิน 2-3 พยางค์

•ใบงานที่ 1 (10 นาที): กิจกรรมคิดชื่อแบรนด์ กำหนดวัตถุดิบหลัก คิดสโลแกน และหา 3 คำที่บอกความเป็นเรา

•การออกแบบโลโก้และการเลือกสี: การใช้รูปทรง (วงกลม = เป็นมิตร, สีเหลี่ยม = มั่นคง) การใช้ตัวหนังสือขนาดใหญ่ที่อ่านง่าย และความหมายของสีต่างๆ (เช่น สีเขียว = ธรรมชาติ, สีส้ม = ขจัดคราบ)

•ใบงานที่ 2 (15 นาที): กิจกรรม "วาดฝันลงขวด" ให้ผู้เรียนทดลองวาดโลโก้และจัดวางข้อมูลลงในกระดาษรูปขวด

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง: ผู้เรียนจะได้ชื่อแบรนด์ สโลแกน และภาพสเก็ตช์โลโก้ของผลิตภัณฑ์ตนเอง พร้อมทั้งสามารถอธิบายเหตุผลในการใช้สีและรูปทรงเหล่านั้นได้

หัวข้อที่ 4: ฉลากสินค้า ช่องทางการขาย และการก้าวสู่มาตรฐาน (Execution & Future Plan)

เวลาในการเรียนรู้: 45 นาที

วัตถุประสงค์การเรียนรู้: เพื่อให้ผู้เรียนทราบถึงข้อมูลจำเป็นที่ต้องระบุบนฉลากสินค้า เข้าใจช่องทางการจัดจำหน่ายออนไลน์ และเห็นเส้นทางการพัฒนาสินค้าสู่มาตรฐานที่สูงขึ้น

เนื้อหาสำคัญ:

เช็คลิสต์ฉลากที่ดี: องค์ประกอบที่ต้องมี เช่น ชื่อสินค้า (ตัวใหญ่สุด) วิธีใช้ คำเตือน (สำคัญมาก!) ปริมาณสุทธิ ผู้ผลิต และวันหมดอายุ

การประยุกต์ใช้ QR Code บนขวด เพื่อดึงลูกค้าเข้า Line กลุ่ม, ดูคลิปวิดีโอวิธีการทำ หรืออ่านเรื่องราวชุมชน

ช่องทางปล่อยของ (Distribution Channels) เช่น Facebook, TikTok, Line

ก้าวต่อไปสู่มาตรฐานชุมชน (มผช.) และระดับ OTOP

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง: ผู้เรียนสามารถตรวจสอบและออกแบบข้อมูลบนฉลากสินค้าได้อย่างถูกต้องครบถ้วน รวมถึงมีเป้าหมายและแผนการใช้สื่อออนไลน์เพื่อโปรโมทผลิตภัณฑ์ของชุมชน

2.2 ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลองใช้หลักสูตรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ "ปั้นน้ำยา...ให้เป็นแบรนด์ดังประจำถิ่น" วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2569

หลังจากการพัฒนาหลักสูตรและเครื่องมือใบงานในขั้นตอนที่ 1 เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำหลักสูตรดังกล่าวมาทดลองใช้จริงผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2569 ณ ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอมะนัง จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยมีเป้าหมาย 3 ประการ ได้แก่ (1) เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการสร้างแบรนด์และการเล่าเรื่องผลิตภัณฑ์ชุมชนให้แก่วิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุ (2) เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการพัฒนาแบรนด์ของแต่ละกลุ่มผ่านเครื่องมือใบงาน 3 ใบ และ (3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น อันจะนำไปสู่การปรับปรุงและขยายผลในโอกาสต่อไป

กระบวนการอบรมดำเนินการโดยคณะผู้วิจัยร่วมกับนักศึกษาในรายวิชาวิจัยนิเทศศาสตร์ จำนวน 6 คน ที่ทำหน้าที่เป็นวิทยากรและผู้ช่วยการเรียนรู้ (Facilitator) ในการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาแบรนด์ การสร้างโลโก้ และการออกแบบฉลากสินค้า ผ่านหลักสูตรและเครื่องมือใบงาน 3 ใบที่ได้ออกแบบไว้เฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ การจัดอบรมใช้รูปแบบ Active Learning ที่สลับระหว่างการบรรยาย การชมตัวอย่างจริง และการลงมือปฏิบัติผ่านใบงาน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถซึมซับเนื้อหาได้อย่างเป็นธรรมชาติ

ส่วนนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการอบรม โดยเริ่มจากการอธิบายระเบียบวิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลผู้เข้าร่วม กรอบการวิเคราะห์ ต่อด้วยผลการวิเคราะห์ใบงานทั้ง 3 ใบ และปิดท้ายด้วยการสังเคราะห์ภาพรวมในรูปของ Brand Development Matrix ที่แสดงสถานะการพัฒนาของแต่ละแบรนด์ในมิติต่างๆ

กิจกรรมที่ 4ครั้งที่ 1
เสริมสร้างรายได้และสุขภาวะด้วย
นวัตกรรมสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ
ตำบลคิ่งตะเภา จังหวัดอุดรธานี

อบรมเชิงปฏิบัติการ “เสริมสร้างรายได้และสุขภาวะด้วย
นวัตกรรมสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่น”





บูรณาการกับการจัดการเรียนการสอน



เตรียมวัสดุอุปกรณ์



เตรียมวัสดุอุปกรณ์



นายก ผู้บริหาร และคณาจารย์



นายก ผู้บริหาร และคณาจารย์



ทีมพี่เลี้ยงวิสาหกิจชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้



วิทยาการสาธิตการทำน้ำหมัก



หมู่ 2 น้ายาถูพัน



หมู่ 2 น้ำยาถูพื้น



หมู่ 5 น้ำยาซักผ้า



หมู่ 5 น้ายชักผ้า



หมู่ 6 น้ายล้างจาน



หมู่ 6 น้ำยาล้างจาน



หมู่ 8 กลุ่มแปรรูปสมุนไพรว่านม้าเหวี่ยง



หมู่ 8 กลุ่มแปรรูปสมุนไพรว่านม้าเหือง





ร่วมสะท้อนคิด (After Action Review) กับทีมพี่เลี้ยง
สรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนา

ผลการดำเนินงานกิจกรรมที่ 4 ครั้งที่ 2
การพัฒนาแบรนด์และเรื่องราว (Storytelling)
สำหรับวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุ
ตำบลคิ่งตะเภา จังหวัดอุดรธานี

กิจกรรมวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2569
ปรับปรุงสูตรและจัดทำแบรนด์



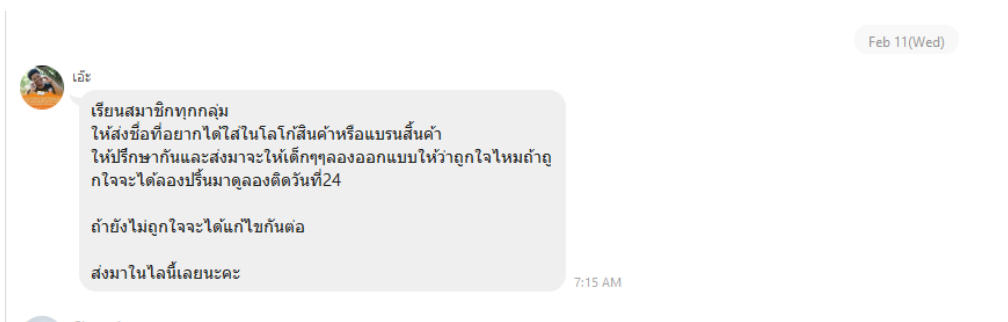
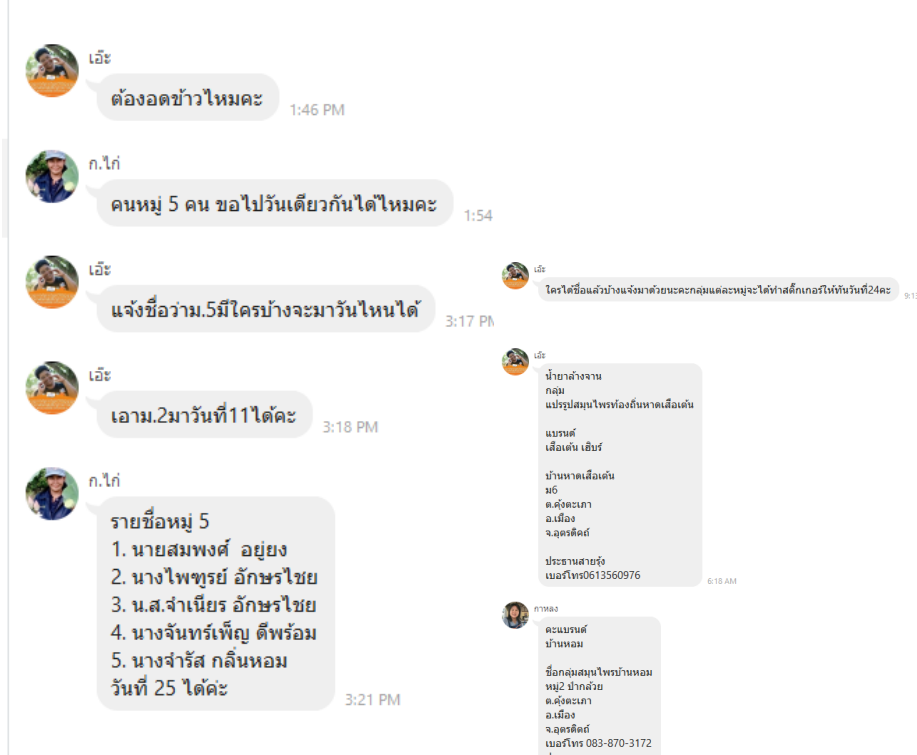






บทบาทพี่เลี้ยงวิสาหกิจชุมชน

ติดตามและกระตุ้นทีมงาน







เมื่อ



7:47 PM

Save | Save as... | Share | Send to Keep Memo



เมื่อ

วันที่10เชิญคุณหมอมาดม.2กวนน้ำยา เพื่อเดินทางต่ออีกขึ้นตอนให้ถูกต้อง
13.00หมอมะมากลางนาเมื่อก่อน
14.00จะไปม.2นะคะ

7:49 PM





กาหลง



2:44 PM

Save | Save as... | Share | Send to Keep Memo



กาหลง

วันนี้ยายอเนกประสงค์พี่นสงขบารีสอร์ท 20 ขวดจ้า

2:45 PM



เอ๊ะ

เยี่ยมมากคะ

2:50 PM





หมู่ที่ 6 ผลิตภัณฑ์ยางจาน

ผลการดำเนินงานกิจกรรมที่ 4

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอผลการดำเนินกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ "ปั้นน้ำยา...ให้เป็นแบรนด์ดังประจำถิ่น" สำหรับวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุในตำบลคังตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งเป็นกิจกรรมย่อยภายใต้วัตถุประสงค์เฉพาะข้อที่ 3 ของโครงการวิจัย "การพัฒนารูปแบบการยกระดับสุขภาวะและเศรษฐกิจฐานรากบนฐานภูมิปัญญาสมุนไพรและนวัตกรรมสังคมสำหรับผู้สูงอายุชุมชนคังตะเกา จังหวัดอุดรดิตถ์" โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อเสริมพลังวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุให้สามารถพัฒนาอัตลักษณ์แบรนด์ โลโก้ และฉลากผลิตภัณฑ์ของตนเอง อันจะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผลิตภัณฑ์ภูมิปัญญาสมุนไพรและยกระดับรายได้ของชุมชนอย่างยั่งยืน

การดำเนินงานประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การพัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้การสร้างแบรนด์และนักเล่าเรื่องผลิตภัณฑ์ชุมชน (Branding & Storytelling) ซึ่งมีเนื้อหา 4 หัวข้อใช้เวลารวม 180 นาที (2) การดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2569 โดยใช้ใบงาน 3 ใบเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลและสนับสนุนการเรียนรู้ และ (3) การปรับปรุงตราสัญลักษณ์และฉลากผลิตภัณฑ์ร่วมกับนักศึกษาหลักสูตรนิเทศศาสตร์ มีผู้เข้าร่วมอบรมทั้งสิ้น 18 ราย จาก 4 กลุ่มแบรนด์ ครอบครัวผลิตภัณฑ์ 4 ประเภท ได้แก่ น้ำยาปรับผ้านุ่ม น้ำยาเอนกประสงค์/ถูพื้น น้ำยาล้างจาน และบาล์มว่านหอมกระดุกไก่ดำ

ข้อค้นพบสำคัญจากการวิเคราะห์

ประการแรก กระบวนการอบรมมีประสิทธิภาพในระดับสูง โดยผู้เข้าอบรมสามารถพัฒนาอัตลักษณ์แบรนด์ของตนเองได้ภายในเวลา 90 นาที สะท้อนผ่านคะแนน STORY Framework เฉลี่ย 6.61/10 ซึ่งอยู่ในระดับ "พอใช้-ดี" โดยมีติ Y (Yield/คืนประโยชน์ชุมชน) ได้คะแนนเต็ม 2/2 ทุกรายอย่างสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในวิสาหกิจชุมชนตระหนักถึงคุณค่าของการสร้างผลิตภัณฑ์ที่กลับมาสู่ชุมชน ซึ่งเป็นจุดแข็งที่โดดเด่นของกลุ่มเป้าหมาย

ประการที่สอง ในด้าน Visual Identity ผู้เข้าอบรมได้คะแนนเฉลี่ย 5.67/10 โดยกลุ่มบ้านไพรคลิน (น้ำยาปรับผ้านุ่ม) ได้คะแนนสูงสุด 7.14/10 เนื่องจากเลือกใช้ชุดสี เขียว-ฟ้า-ส้ม-เหลือง ที่สอดคล้องทั้งความหมายเชิงสัญลักษณ์และคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ ขณะที่กลุ่มเสื้อเต็นเอิร์บ (น้ำยาล้างจาน) ได้คะแนนต่ำสุดที่ 4.00/10 โดยเฉพาะในมิติรูปทรงของโลโก้ซึ่งยังไม่ชัดเจนเพียงพอ

ประการที่สาม ในด้านความสมบูรณ์ของฉลาก (Brand Completeness Score) เฉพาะผู้ที่กรอกข้อมูลพบว่ามีความเฉลี่ยสูงถึง 96.7% สะท้อนความเข้าใจในองค์ประกอบของฉลากสินค้าที่ดีมาก อย่างไรก็ตาม กลับพบปัญหา Missing Data อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีผู้กรอก NA หรือไม่กรอกเลยถึง 6 ราย (31.6%) ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของรูปแบบ Checklist ในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงความไม่พร้อมในบางประเด็นของวิสาหกิจชุมชนเอง โดยรายการ "ราคา" เป็นรายการที่ขาดมากที่สุด (78.9%) ตามด้วย "ปริมาณสุทธิ" (63.2%) อันเป็นข้อค้นพบสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการกำหนดราคาขายและการออกแบบบรรจุภัณฑ์ของวิสาหกิจชุมชนยังไม่ชัดเจนและต้องการพัฒนาต่อยอด

ประการที่สี่ เมื่อวิเคราะห์ในระดับแบรนด์พบว่าแบรนด์ที่มีความพร้อมสูงสุดคือ บ้านไพรคลิน (น้ำยาปรับผ้านุ่ม) ที่ได้คะแนนสูงครบทั้งสามมิติ เพียงต้องกำหนดราคาขายให้ชัดเจน รองลงมาคือ สมุนไพรบ้านหอม ที่มี Story แข็งแกร่งที่สุด (9.33/10) แต่ต้องพัฒนา Visual เพิ่มเติม ขณะที่ขุนฟาร์ม มีเรื่องราวเฉพาะตัวที่โดดเด่น แต่ฐานผู้ผลิตยังเล็กมาก และเสียดันเอื้อมต้องการการพัฒนาเร่งด่วนทั้งด้าน Visual และการสร้างฉันทามติในกลุ่ม

2.2.1 ระเบียบวิธีการวิเคราะห์

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์มาจากใบงาน 3 ใบที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้เข้าอบรม โดยผู้เข้าอบรมแต่ละรายได้รับใบงานชุดเดียวกัน รวบรวมข้อมูลได้ดังนี้

ใบงาน	เนื้อหา	จำนวนผู้ตอบ	% ครบถ้วน
ใบงาน 1	การวิเคราะห์แบรนด์และเรื่องราว (Brand Identity & STORY Framework)	18 ราย	100%
ใบงาน 2	การวิเคราะห์โลโก้และการเลือกสี (Visual Identity)	18 ราย	100%
ใบงาน 3	Checklist ฉลากสินค้า (Brand Completeness)	13 ราย (จาก 18)	68.4%

2.2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมตามกลุ่มและผลิตภัณฑ์

ชื่อแบรนด์	กลุ่มผู้ผลิต	ผลิตภัณฑ์หลัก	n
ขุนฟาร์ม	วิสาหกิจชุมชนเกษตรทฤษฎีใหม่หัวใจพอเพียง	บาล์มว่านหอมกระดุกไก่ดำ	1
สมุนไพรบ้านหอม	สมุนไพรบ้านหอม	น้ำยาเอนกประสงค์ / ฤพ่น	6
บ้านไพรคลิน	สมุนไพรชุมชนบ้านหาดเสียดัน (หมู่ 8-14)	น้ำยาปรับผ้านุ่ม	7
เสียดันเอื้อม	แปรรูปสมุนไพรท้องถิ่นหาดเสียดัน	น้ำยาล้างจาน	4
รวม	4 แบรนด์		18

2.2.3 กรอบการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ใช้ 3 กรอบหลัก ได้แก่

- STORY Framework — ประเมินเรื่องราวของแบรนด์ใน 5 มิติ (Story / Trust / Opportunity / Relatability / Yield) คะแนนเต็ม 10
- Visual Identity Rubric — ประเมินโลโก้และการเลือกสีใน 5 เกณฑ์ (ความสอดคล้องโลโก้กับสินค้า / ความง่าย / สีสอดคล้องกับสินค้า / รูปรองเหมาะสม) คะแนนเต็ม 10

- Brand Completeness Score — ตรวจสอบองค์ประกอบฉลาก 8 รายการ
คำนวณเป็นเปอร์เซ็นต์ความสมบูรณ์

2.2.4 การจัดการข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์

ผู้ดำเนินการใช้แนวทางการจัดการข้อมูลแบบ Pairwise Deletion โดยรายที่กรอก NA หรือว่างจะไม่ถูกนับในการคำนวณค่าเฉลี่ย แต่จะรายงาน n ที่ใช้จริงในแต่ละมิติแยกกัน เพื่อรักษาความถูกต้องของการวิเคราะห์เชิงปริมาณ และข้อมูลที่ขาดหายถูกบันทึกเป็น Missing Pattern เพื่อใช้เป็น Finding ในตัวเอง

2.2.5 ผลการวิเคราะห์ใบงาน 1: แบรินด์และเรื่องราว

1) ภาพรวมการตั้งชื่อแบรนด์

จากใบงานของผู้เข้าอบรม 18 ราย พบว่ามีการตั้งชื่อแบรนด์ทั้งหมด 4 ชื่อ ได้แก่ ขนุนฟาร์ม สมุนไพรบ้านหอม บ้านไพรคลีน และเสือดั้นเอิร์บ การวิเคราะห์ประเภทชื่อตามกรอบการอบรมพบดังนี้

ประเภทชื่อ	จำนวน (ราย)	สัดส่วน	ตัวอย่าง
ท้องถิ่น/ของ (วัตถุดิบ) (ผสม)	7	38.9%	สมุนไพรบ้านหอม, เสือดั้นเอิร์บ
ของ (วัตถุดิบ)	7	38.9%	บ้านไพรคลีน
ท้องถิ่น (สถานที่)	4	22.2%	ขนุนฟาร์ม, เสือดั้นเอิร์บ

ผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่ (77.8%) เลือกใช้ชื่อที่ผสมความเป็นถิ่นและวัตถุดิบเข้าด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับเทคนิค "ตั้งชื่อให้จำแม่น" ที่สอนในการอบรม อย่างไรก็ตาม มีเพียงชื่อ "เสือดั้นเอิร์บ" และ "ขนุนฟาร์ม" เท่านั้นที่มีความยาว 2-3 พยางค์ตามคำแนะนำ ขณะที่ "สมุนไพรบ้านหอม" (5 พยางค์) และ "บ้านไพรคลีน" (5 พยางค์) ยาวเกินกว่าเกณฑ์ที่แนะนำ ซึ่งเป็นจุดที่ควรพัฒนาต่อ

2) วัตถุดิบพระเอก (Hero Ingredient)

การวิเคราะห์วัตถุดิบที่นำมาเป็น "พระเอก" ของผลิตภัณฑ์ พบว่ามี 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

- เปลือกส้มสด (7 ราย, 38.9%) — กลุ่มบ้านไพรคลีนทั้งหมด สะท้อนการใช้วัสดุเหลือใช้ในชุมชน
- มะกรูด สับปะรด (6 ราย, 33.3%) — กลุ่มสมุนไพรบ้านหอม เน้นวัตถุดิบสมุนไพรหลัก
- สับปะรด (4 ราย, 22.2%) — กลุ่มเสือดั้นเอิร์บ เน้นเอนไซม์ขจัดคราบ
- วานกระตูกไก่อดำ (1 ราย, 5.6%) — กลุ่มขนุนฟาร์ม เป็นวัตถุดิบเฉพาะกลุ่ม

การที่แต่ละกลุ่มเลือกวัตถุดิบพระเอกที่แตกต่างกันตามบริบทของชุมชน สะท้อนถึงต้นทุนเรื่องราวที่แต่ละกลุ่มมีอยู่ไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลดังกล่าวเข้าสู่การประเมิน STORY Framework ซึ่งเป็นกรอบการวัดความเข้มแข็งของเรื่องราวแบรนด์ใน 5 มิติ เพื่อให้ทราบว่าผู้เข้าอบรมสามารถแปรต้นทุนของตนเองเป็นเรื่องราวที่มีพลังได้มากน้อยเพียงใด3) คะแนน STORY Framework

การประเมิน STORY Framework แบ่งเป็น 5 มิติ คะแนนเต็มมิตีละ 2 รวม 10 คะแนน ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

มิติ	คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 2)	การแปลผล
S — เรื่องจริงจากชุมชน	1.61	สูงกว่าเกณฑ์กลาง สะท้อนการมีเรื่องเล่าที่ค่อนข้างชัดเจน
T — ความน่าเชื่อถือ	1.61	มีการอ้างอิงคุณภาพ/การการันตี แต่ยังไม่ชัดเจนทุกราย
O — แก้ปัญหาลูกค้ำ	1.72	ดีมาก ระบุปัญหาและการแก้ไขได้ตรงจุด
R — เข้าใจหัวอกลูกค้ำ	1.67	สื่อสารอารมณ์และความต้องการของผู้ใช้ได้
Y — คินประโยชน์ชุมชน	2.00	ดีเยี่ยม ทุกรายได้คะแนนเต็ม สะท้อนจุดแข็งที่สำคัญ
STORY รวม	6.61 / 10	อยู่ในระดับ "พอใช้-ดี"

มิติ Y (Yield/คินประโยชน์ชุมชน) ได้คะแนนเต็มทุกรายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นจุดแข็งที่สะท้อนอัตลักษณ์ของวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน เนื่องจากผู้เข้าอบรมตระหนักถึงคุณค่าของการสร้างผลิตภัณฑ์ที่กลับมาสู่ชุมชน ในทางตรงกันข้าม มิติ S (Story) และ T (Trust) ได้คะแนนต่ำที่สุดในกลุ่ม สะท้อนว่าการเล่าเรื่องเฉพาะเจาะจง และการสร้างความน่าเชื่อถือ ยังต้องพัฒนาเพิ่มเติม

4) คะแนน STORY แยกตามแบรนด์

แบรนด์	n	S	T	O	R	Y	รวม
สมุนไพรบ้านหอม	6	1.83	1.67	2.00	1.83	2.00	9.33 (ดีมาก)
บ้านไพรคลิน	7	1.57	1.71	1.71	1.71	2.00	8.71 (ดี)
ขุนฟาร์ม	1	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	8.00 (ดี)
เสือเด่นเอิร์บ	4	1.25	1.50	1.50	1.25	2.00	7.50 (ดี)

การจัดอันดับแบรนด์ที่มีคะแนน STORY สูงสุด: สมุนไพรบ้านหอม > บ้านไพรคลิน > ขุนฟาร์ม > เสือเด่นเอิร์บ แบรนด์สมุนไพรบ้านหอมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เนื่องจากผู้เข้าอบรมในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้คะแนนเต็มในมิติ O (แก้ปัญหา) ขณะที่ขุนฟาร์ม แม้มีผู้เข้าอบรมเพียง 1 ราย แต่มีจุดแข็งที่ S (เรื่องจริง) และ R (เข้าใจลูกค้ำ) ที่ได้คะแนนเต็ม สะท้อนเรื่องเล่าเฉพาะตัวที่ชัดเจน) ตัวอย่างเรื่องราวที่โดดเด่น

จากการวิเคราะห์หมายเหตุของผู้เข้าอบรมพบเรื่องราวที่สื่อสารอัตลักษณ์ของแบรนด์ได้อย่างน่าสนใจ เช่น

"จริงจัง จริงใจ เหลือใช้ ไม่เหลือทิ้ง — บ้านไพรคลิน"

"เปลี่ยนผ้าให้หอม นุ่มฟู สะอาด ปลอดภัย ดีต่อกายและใจ — บ้านไพรคลีน"
 "ผลิตจากวัตถุดิบธรรมชาติ ปลอดภัย ปลุกด้วยวิถีอินทรีย์จากกลุ่มแม่บ้านในชุมชนและผู้สูงอายุ
 — สมุนไพรบ้านหอม"

เรื่องราวเหล่านี้สะท้อนแนวคิด Storytelling Marketing ที่มีพลังในการสร้างความเชื่อมโยงทางอารมณ์กับลูกค้า โดยเฉพาะการเน้นย้ำเรื่องการใช้วัสดุเหลือใช้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัตถุดิบชั้นเลิศในการสร้างความแตกต่างจากสินค้าที่ผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรม

เมื่อเรื่องราวและอัตลักษณ์เชิงเนื้อหา (Verbal Identity) ของแต่ละแบรนด์มีความชัดเจนในระดับหนึ่งแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการแปลเรื่องราวเหล่านั้นให้กลายเป็นภาษาภาพที่ผู้บริโภคมองเห็นและจดจำได้ ณ จุดขาย ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลจากใบงาน 2 ซึ่งว่าด้วยโลโก้และการเลือกสี มาวิเคราะห์ต่อเพื่อประเมินว่าแต่ละกลุ่มสามารถออกแบบอัตลักษณ์ภาพ (Visual Identity) ที่สอดคล้องกับตัวตนของแบรนด์ได้มากน้อยเพียงใด 2.2.6 ผลการวิเคราะห์ใบงาน 2: โลโก้และการเลือกสี

1) รูปแบบโลโก้ที่เลือก

จากการวิเคราะห์รูปแบบโลโก้ พบว่าผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่เลือกออกแบบโลโก้แบบเน้นชื่อแบรนด์เป็นหลัก

แบบโลโก้	จำนวน	สัดส่วน	ความเหมาะสม
แบบ 1: เน้นชื่อแบรนด์	11	61.1%	เหมาะสำหรับแบรนด์ใหม่
แบบ 2: เน้นภาพวัตถุดิบ	6	33.3%	เหมาะกับการสื่อความเป็นธรรมชาติ
แบบ 3: ผสมทั้งสอง	1	5.6%	สื่อสารได้ครบถ้วนที่สุด

หลังจากนั้น ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มบอกความต้องการเพิ่มเติมจากร่างโลโก้ รวมถึงเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ให้กับนักศึกษานิเทศศาสตร์ เพื่อนำข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมสร้างภาพโลโก้ ได้แก่ โปรแกรม CANVA และ AI Gemini เพื่อจัดทำโลโก้ที่พร้อมใช้งาน โดยการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงจากสมาชิกของแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้ คะแนนที่ประเมินในส่วนนี้เป็นการประเมินจากโลโก้ฉบับร่างตามใบงานเท่านั้น 2) คะแนน Visual Identity ตามผลิตภัณฑ์

การวิเคราะห์คะแนน Visual ทั้ง 5 เกณฑ์แยกตามผลิตภัณฑ์ พบความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างกลุ่ม

ผลิตภัณฑ์	n	โลโก้สอดคล้องสินค้า	ความง่าย	สีตรงความหมาย	สีสอดคล้องสินค้า	รูปทรง	รวม /10
น้ำยาปรับผ้านุ่ม	7	1.43	1.14	2.00	2.00	1.14	7.14
บальมว่านหอมกระตุกไก่อดำ	1	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	6.00
น้ำยาเอนกประสงค์	3	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	5.33

น้ำยาถูพื้น	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	4.67
น้ำยาล้างจาน	4	1.00	1.00	1.00	1.25	0.75	4.00

กลุ่มน้ำยาปรับผ้านุ่ม (บ้านไพรคลีน) มีคะแนน Visual สูงสุดอย่างชัดเจน (7.14/10) เนื่องจากเลือกใช้สีฟ้า เขียว ส้ม เหลืองที่ตรงกับความหมายและสอดคล้องกับสินค้า ในขณะที่กลุ่มน้ำยาล้างจาน (เสือเด่นเอิร์บ) ได้คะแนนต่ำที่สุด (4.00/10) โดยเฉพาะเรื่องรูปทรง (0.75) ที่บางรายไม่ได้ระบุชัดเจน เป็นจุดที่ควรปรับปรุง

3) การวิเคราะห์การเลือกสี

จากการวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างสีที่เลือกและประเภทผลิตภัณฑ์ พบรูปแบบที่น่าสนใจดังนี้
 กลุ่มที่เลือกสีสอดคล้องดีที่สุด: น้ำยาปรับผ้านุ่ม
 ผู้เข้าอบรม 7 ราย ในกลุ่มน้ำยาปรับผ้านุ่มเลือกชุดสี "เขียว ฟ้า ส้ม เหลือง" เป็นมาตรฐาน ซึ่งเขียว = สมุนไพร, ฟ้า = สดชื่น สะอาด, ส้ม/เหลือง = พลังขจัดคราบ การเลือกสีผสมหลายสีเช่นนี้สื่อความหมายครอบคลุมและดูสดใส เหมาะกับผลิตภัณฑ์

กลุ่มที่ควรปรับปรุง: น้ำยาล้างจาน
 ผู้เข้าอบรม 4 ราย ในกลุ่มน้ำยาล้างจาน เลือกสี "ส้ม เหลือง" เป็นหลัก แม้จะสื่อถึงพลังขจัดคราบได้ดี แต่ขาดสีเขียวที่จะสื่อความเป็นสมุนไพรซึ่งเป็นจุดขายของผลิตภัณฑ์ จึงทำให้คะแนนสีสอดคล้องกับสินค้าต่ำกว่ากลุ่มอื่น

ข้อสังเกตเชิงคุณภาพ: กลุ่มที่ระบุเหตุผลชัดเจน มีผู้เข้าอบรมเพียง 50% เท่านั้นที่ระบุเหตุผลของการเลือกสีไว้ ตัวอย่างเหตุผลที่สะท้อนความเข้าใจดี เช่น

"อยากให้สื่อถึงความปลอดภัยจากธรรมชาติและความสะอาดสดชื่น — ผู้เข้าอบรมรายที่ 8"

"ตรงกับความหมายที่ต้องการสื่อสาร — ผู้เข้าอบรมรายที่ 12 (ได้คะแนน Visual สูงสุด 8/10)"

"แสดงถึงความเป็นสมุนไพรและการขจัดคราบ — ผู้เข้าอบรมรายที่ 10"

เมื่อแบรนด์มีทั้งเรื่องราวที่ชัดเจน (จากใบงาน 1) และอัตลักษณ์ภาพที่เริ่มมีรูปธรรม (จากใบงาน 2) แล้วก้าวต่อไปที่สำคัญไม่แพ้กันคือการนำอัตลักษณ์เหล่านั้นมาประกอบเป็นฉลากสินค้าที่สมบูรณ์ พร้อมจำหน่ายจริง ใบงาน 3 จึงถูกออกแบบมาเพื่อตรวจสอบว่าผู้เข้าอบรมสามารถพัฒนาแบรนด์ของตนเองให้มีความสมบูรณ์ในเชิงการตลาดได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งผลการวิเคราะห์ในส่วนถัดไปจะแสดงให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดอ่อนที่สำคัญของกระบวนการพัฒนาแบรนด์โดยวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุ

2.2.7 ผลการวิเคราะห์ใบงาน 3: ฉลากสินค้า

1) สถานการณ์ข้อมูลที่กรอก

ใบงาน 3 เป็นใบงานที่มี Missing Data สูงที่สุด โดยจากผู้เข้าอบรม 19 รายในไฟล์ พบว่ามีผู้กรอกข้อมูล Checklist อย่างน้อย 1 รายการ จำนวน 13 ราย (68.4%) และไม่กรอกเลย (NA ทั้งหมดหรือเว้นว่าง) จำนวน 6 ราย (31.6%)

ผลิตภัณฑ์	กรอกข้อมูล	ทั้งหมด	Response Rate
น้ำยาปรับผ้านุ่ม (บ้านไพรคลีน)	7	7	100%
น้ำยาถูพื้น/เอนกประสงค์ (บ้านหอม)	4	4	100%
น้ำยาล้างจาน (เสือเด่นเอิร์ป)	1	3	33.3%
บาล์มว่านหอมกระดุกไก่อดำ (ขนุนฟาร์ม)	1	4	25.0%

2) Brand Completeness Score (เฉพาะรายการที่กรอก)

เมื่อคำนวณคะแนนความสมบูรณ์ของฉลาก โดยใช้ Pairwise Deletion (ไม่นับ NA) จาก 7 รายการหลัก (ไม่รวมราคา) พบว่า

ระดับ Market Readiness	จำนวนผู้ตอบ	สัดส่วน (จาก 13)	คำอธิบาย
100% (Market Ready)	11	84.6%	พร้อมขายจริง
85.7% (เกือบสมบูรณ์)	1	7.7%	ขาด 1 รายการ
71.4% (ปรับปรุง)	1	7.7%	ขาด 2 รายการ
คะแนนเฉลี่ย	96.7%	—	ระดับดีมาก

3) รายการที่กรอกครบและไม่ครบ (Item-Level Analysis)

การวิเคราะห์รายการ Checklist เฉพาะผู้ที่ตอบ พบว่า

รายการในฉลาก	% มีในฉลาก (จากคนที่ตอบ)	% NA หรือไม่กรอก (จาก 19)	การแปลผล
ชื่อสินค้า	100%	36.8% (7/19)	ดี
โลโก้	92%	31.6% (6/19)	ดี
ปริมาณสุทธิ	100% (เมื่อกรอก)	63.2% (12/19)	ต้องปรับปรุงเร่งด่วน
วัตถุดิบ/ส่วนผสม	100%	31.6% (6/19)	ดี
วิธีใช้	92%	36.8% (7/19)	ดี

คำเตือน	100%	36.8% (7/19)	ดี
ผู้ผลิต & เบอร์โทร	89%	52.6% (10/19)	ควรพัฒนา
ราคา	—	78.9% (15/19)	ต้องปรับปรุงเร่งด่วน

ข้อค้นพบสำคัญที่สุด: รายการ "ราคา" ขาดมากที่สุด (78.9%) ตามด้วย "ปริมาณสุทธิ" (63.2%) และ "ผู้ผลิต & เบอร์โทร" (52.6%) ซึ่งสะท้อนว่าผู้ขายรายนี้ยังไม่ได้กำหนดราคาขายและบรรจุภัณฑ์ที่ชัดเจน อีกทั้งบางกลุ่มอาจไม่มั่นใจในการระบุข้อมูลผู้ผลิตเพื่อการประชาสัมพันธ์

ข้อสังเกตในข้อมูล: รายการ "ราคา" ของกลุ่มบ้านไพร่คลีน (น้ำยาปรับผ้านุ่ม) ทุกรายการออกเป็น "NA" สะท้อนว่ากลุ่มนี้ยังไม่ได้กำหนดราคาขายร่วมกัน ขณะที่กลุ่มสมุนไพรบ้านหอมกำหนดราคาเอกลักษณ์ที่ 59 บาท และขนุนฟาร์มกำหนดราคา 130 บาท

เมื่อได้ผลการวิเคราะห์จากใบงานทั้ง 3 ใบแล้ว เพื่อให้เห็นภาพรวมของแต่ละแบรนด์ในเชิงบูรณาการ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ข้อมูลทั้งสามมิติ ได้แก่ STORY (เรื่องราว), Visual Identity (อัตลักษณ์ภาพ) และ Brand Completeness (ความสมบูรณ์ของฉลาก) เข้าด้วยกันในรูปของ Brand Development Matrix ซึ่งจะช่วยให้เห็นว่าแต่ละแบรนด์อยู่ในระดับความพร้อมใด และต้องการการพัฒนาต่อยอดในทิศทางใด 2.2.8 Brand Development Matrix สรุปภาพรวม

การประเมินภาพรวมของแต่ละแบรนด์ในมิติ STORY, Visual และ Completeness สรุปได้ดังนี้

แบรนด์	STORY (/10)	Visual (/10)	Completeness	คะแนนรวม	ระดับการพัฒนา
สมุนไพรบ้านหอม	9.33	5.33	92.9%	สูง	พร้อมขาย — ปรับปรุง Visual
บ้านไพร่คลีน	8.71	7.14	100%	สูงมาก	พร้อมขาย — กำหนดราคาเพิ่ม
ขนุนฟาร์ม	8.00	6.00	85.7%	ปานกลาง- สูง	ใกล้เคียงพร้อม — ขยายฐานผู้ผลิต
เสือเดินเอริบ	7.50	4.00	33% Response	ต่ำ	ต้องพัฒนา Visual และฉลากเร่งด่วน

2.2.9 การจัดอันดับและการแปลผล

จากการวิเคราะห์ภาพรวมข้างต้น สามารถจัดกลุ่มแบรนด์ตามระดับความพร้อมได้ดังนี้

1. บ้านไพร่คลีน เป็นแบรนด์ที่พัฒนาก้าวหน้าที่สุด มีคะแนนสูงครบทั้ง 3 ด้าน เพียงต้องกำหนดราคาขายให้ชัดเจน

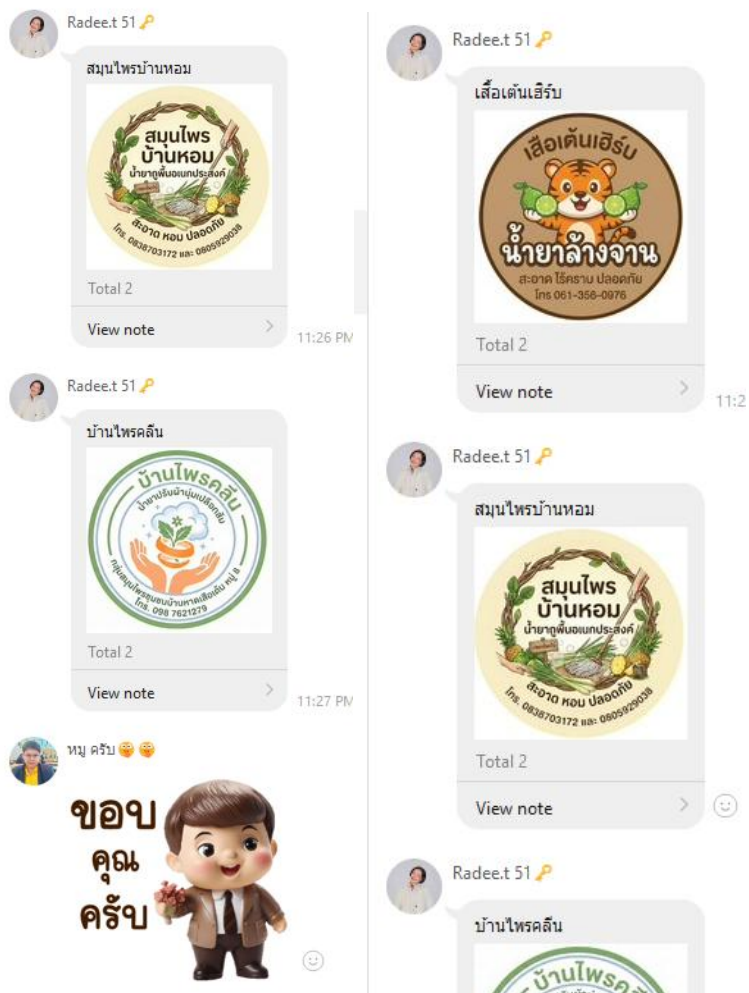
2. สมุนไพรบ้านหอม มี Story ที่แข็งแกร่งที่สุดและฉลากครบเกือบ 93% แต่ Visual Identity ยังต้องพัฒนา โดยเฉพาะรูปทรงและสีของโลโก้
3. ขนุนฟาร์ม มี Story ที่ดี (8.00) เนื่องจากเป็นเรื่องราวเฉพาะตัวที่โดดเด่น แต่จำนวนผู้ผลิตยังน้อย (1 ราย) ควรขยายทีมเพื่อความยั่งยืน
4. เสือเด่นเอิร์บ ต้องการการพัฒนาเร่งด่วนทั้งด้าน Visual (4.00) และความสมบูรณ์ของฉลาก เนื่องจากมี Response Rate ใบงาน 3 เพียง 33%

2.3 ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงแก้ไขตราสัญลักษณ์ ฉลากผลิตภัณฑ์ และนำไปทดลองใช้ในการสื่อสาร

ผลการวิเคราะห์จากขั้นตอนที่ 2 แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้เข้าอบรมจะสามารถร่างอัตลักษณ์แบรนด์ โลโก้ และฉลากเบื้องต้นของตนเองได้ภายในเวลาเพียง 90 นาที แต่ร่างดังกล่าวยังเป็นงานออกแบบบนกระดาษที่ใช้ทักษะการวาดด้วยมือของผู้สูงอายุเป็นหลัก จึงยังไม่พร้อมสำหรับการนำไปใช้งานจริงในเชิงพาณิชย์ ด้วยข้อจำกัดทั้งด้านความคมชัด คุณภาพเชิงกราฟิก และความยืดหยุ่นในการนำไปใช้บนสื่อต่างๆ

ขั้นตอนที่ 3 จึงถูกออกแบบมาเพื่อสร้างสะพานเชื่อมระหว่าง "ร่างที่ชุมชนคิด" กับ "ผลงานที่ใช้งานได้จริง" โดยยึดหลักการสำคัญสองประการ ได้แก่ (1) การรักษาเจตนารมณ์และความคิดสร้างสรรค์ดั้งเดิมของผู้สูงอายุเจ้าของแบรนด์ให้ครบถ้วน โดยไม่ใช้กราฟิกดีไซน์เนอร์เข้าไปแทนที่ความคิดของชุมชน และ (2) การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น AI สร้างภาพ เป็นเพียงเครื่องมือช่วยผลิต (Production Tool) ไม่ใช่ผู้ออกแบบ กระบวนการนี้ดำเนินการโดยนักศึกษาศาสนาวิทยาศาสตร์ที่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการแปลความต้องการของผู้สูงอายุให้กลายเป็นไฟล์ดิจิทัลที่มีคุณภาพเชิงการใช้งาน พร้อมทั้งนำผลงานกลับไปให้สมาชิกกลุ่มพิจารณาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางการสื่อสารออนไลน์ (Line กลุ่ม) จนได้โลโก้และฉลากสินค้าฉบับสมบูรณ์พร้อมนำไปทดลองใช้

หลังจากได้ตราฟโลโก้ตามใบงานที่ 2 แล้ว ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มได้ทำงานร่วมกับนักศึกษาหลักสูตรนิเทศศาสตร์ โดยนักศึกษาได้สัมภาษณ์เรื่องราวเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม เพื่อนำข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมสร้างภาพโลโก้ ได้แก่ โปรแกรม CANVA และ Google Gemini จากนั้นส่งให้แต่ละกลุ่มพิจารณา และได้มีการปรับปรุงเพิ่มเติมจนได้โลโก้และฉลากสินค้าของแต่ละกลุ่มเพื่อนำสู่การทดลองใช้ โดยทุกขั้นตอนผ่านการมีส่วนร่วมในการคิด ออกแบบของสมาชิกในกลุ่ม



[ภาพ] การมีส่วนร่วมในการพัฒนาโลโก้และฉลากสินค้าผลิตภัณฑ์ผ่านไลน์กลุ่ม
ผลการพัฒนาโลโก้และฉลากสินค้าของแต่ละกลุ่ม สามารถสรุปได้ดังนี้

โลโก้และฉลากสินค้าผลิตภัณฑ์ หมู่ 2 บ้านคู้ตะเภา: น้ำยาถูพื้น


**สมุนไพร
บ้านหอม**
 ปริมาณสุทธิ 500 มล.



ส่วนประกอบ: มะกรูด, มะนาว,
 ตะไคร้, สับปะรด
 วิธีใช้: เทส่วนผสม 1 ฝา ต่อน้ำ 1 ลิตร
คำเตือน: ห้ามรับประทาน
 ระหว่างเข้าตา เก็บให้พ้นมือเด็ก
 ผู้ผลิต: ชุมชนบ้านปากกล้วย
 โทร. 0838703172 และ 0805929038
ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ อุตรดิตถ์
 • Geriatric Health and Care Center, Uttaradit •




**สมุนไพร
บ้านหอม**
 ปริมาณสุทธิ 500 มล.



ส่วนประกอบ: มะกรูด, มะนาว,
 ตะไคร้, สับปะรด
 วิธีใช้: เทส่วนผสม 1 ฝา ต่อน้ำ 1 ลิตร
คำเตือน: ห้ามรับประทาน
 ระหว่างเข้าตา เก็บให้พ้นมือเด็ก
 ผู้ผลิต: ชุมชนบ้านปากกล้วย
 โทร. 0838703172 และ 0805929038

โลโก้และฉลากสินค้าผลิตภัณฑ์ หมู่ 5 บ้านหัวหาด: น้ำยาซักผ้า





Logo

ฉลากสินค้า



โลโก้และฉลากสินค้าผลิตภัณฑ์ หมู 6 หาดเสือเต้น: น้ำยาล้างจาน



โลโก้และฉลากสินค้าผลิตภัณฑ์ หมู่ 8 บ้านหาดเสือเต้น: น้ำยาเอนกประสงค์





บ้านไผ่คลีน

ผลิตภัณฑ์ : น้ำยาปรับผ้านุ่ม

วัตถุดิบและส่วนผสม :
น้ำส้มสายชู เปลือกส้ม

ปริมาณสุทธิ :
500 ml.

วิธีใช้ : ใส่พร้อมกับผงซักฟอก 1:1

คำเตือน : ห้ามรับประทาน เก็บให้พ้นมือเด็ก

ผู้ผลิต : บ้านไผ่คลีน กลุ่มสมุนไพรบ้านหาดเสือเต้น
โทร. 098 762 1279

ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ จุฑารัตนบุรี
• Geriatric Health and Care Center, Uttaradit •

บ้านไผ่คลีน

ผลิตภัณฑ์ : น้ำยาปรับผ้านุ่ม

วัตถุดิบและส่วนผสม :
น้ำส้มสายชู เปลือกส้ม

ปริมาณสุทธิ :
500 ml.

วิธีใช้ : ใส่พร้อมกับผงซักฟอก 1:1

คำเตือน : ห้ามรับประทาน เก็บให้พ้นมือเด็ก

ผู้ผลิต : บ้านไผ่คลีน กลุ่มสมุนไพรบ้านหาดเสือเต้น
โทร. 098 762 1279

ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ จุฑารัตนบุรี
• Geriatric Health and Care Center, Uttaradit •

3. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

3.1 ข้อสรุปหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูลใบงาน 1-3 จากผู้เข้าอบรม 18-19 รายในวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุตำบลคังตะเกา จังหวัดอุดรธานี นำไปสู่ข้อสรุปสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. กระบวนการอบรม STORY-based Branding มีประสิทธิภาพในระดับสูง ผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่สามารถพัฒนาแบรนด์ของตนเองให้มีองค์ประกอบครบถ้วนได้ภายใน 90 นาที โดยเฉพาะมิติ Y (คีนประโยชน์ชุมชน) ที่ทุกรายได้คะแนนเต็ม สะท้อนความเข้าใจคุณค่าของวิสาหกิจชุมชนเป็นอย่างดี

2. แบรินด์ที่ประสบความสำเร็จมีลักษณะร่วม แบรินด์ที่ได้คะแนนสูงสุด (สมุนไพรบ้านหอม และบ้านไพรคลีน) มีลักษณะร่วมคือ มีจำนวนผู้ผลิตในกลุ่มมากพอ (6-7 ราย) มีเรื่องราวร่วมที่ชัดเจน เช่น "วัสดุเหลือใช้ ไม่เหลือทิ้ง" และมีการระดมความคิดเรื่องสีและฉลากร่วมกันเป็นกลุ่ม

3. จุดอ่อนที่พบร่วมกันคือการกำหนดราคาและบรรจุภัณฑ์ ทั้งรายการ "ราคา" (78.9% NA) และ "ปริมาณสุทธิ" (63.2% NA) เป็นรายการที่ผู้เข้าอบรมยังไม่ได้กำหนดร่วมกัน แสดงว่าการอบรมเรื่องการพัฒนาแบรนด์ ควรเชื่อมโยงกับการพัฒนาด้านการผลิตและการตลาดด้วย

4. Missing Data เป็น Finding ในตัวเอง การที่ใบงาน 3 มี Response Rate ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม (33% vs 100%) สะท้อนว่ากลุ่มที่มีการรวมตัวเข้มแข็ง (บ้านไพรคลีน, สมุนไพรบ้านหอม) สามารถทำใบงานได้ครบถ้วนกว่ากลุ่มที่มีผู้ผลิตจำนวนน้อย ซึ่งเป็นข้อค้นพบสำคัญในการออกแบบกระบวนการอบรมในอนาคต

3.2 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากการวิเคราะห์กิจกรรม

นอกจากข้อสรุปหลักข้างต้นแล้ว จากการถอดบทเรียนทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ของกิจกรรม ผู้วิจัยขอเสนอข้อเสนอแนะเพิ่มเติมใน 3 ประเด็น ได้แก่ จุดแข็งที่ควรรักษาและต่อยอด จุดอ่อนที่ต้องตระหนัก และข้อเสนอแนะที่ต้องปรับปรุงพร้อมทางออกเชิงรูปธรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.1 จุดแข็ง (Strengths)

1) ความเข้มแข็งในมิติ "คุณค่าเพื่อชุมชน" (Yield) ผู้เข้าอบรมทุกรายได้คะแนนเต็มในมิติ Y ของ STORY Framework สะท้อนว่าวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุคังตะเกามีต้นทุนทางจิตสำนึกเพื่อส่วนรวม (Social Consciousness) ที่แข็งแกร่ง ซึ่งเป็นฐานอันทรงพลังของการสร้างแบรนด์ที่เน้นเศรษฐกิจฐานรากแบบยั่งยืน และเป็นจุดขายที่คู่แข่งจากโรงงานอุตสาหกรรมไม่สามารถเลียนแบบได้

2) ประสิทธิภาพของหลักสูตรระยะสั้น การออกแบบหลักสูตร 90-180 นาที พร้อมใบงาน 3 ใบ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนาแบรนด์ของตนเองได้ถึง 4 แบรินด์ภายในวันเดียว โดยมีคะแนน STORY เฉลี่ยถึง 6.61/10 และ Brand Completeness สูงถึง 96.7% ซึ่งถือว่าเป็นประสิทธิภาพที่สูงมาก เหมาะกับการขยายผลเป็นโมเดลการอบรมต้นแบบ (Training Prototype) ในพื้นที่อื่น

3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน กระบวนการได้เชื่อมโยงทรัพยากรจาก 3 ฝ่าย ได้แก่ นักวิจัย ผู้สูงอายุเจ้าของแบรนด์ และนักศึกษาศาขานีเทศศาสตร์ เข้าด้วยกันในลักษณะบทบาทที่เสริมกัน (Complementary

Roles) ซึ่งเป็นโมเดลความร่วมมือที่ตอบสนองพันธกิจของมหาวิทยาลัยราชภัฏในฐานะสถาบันอุดมศึกษาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ทั้งยังเป็นโอกาสให้นักศึกษาได้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่

4) การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมกับบริบท การผสมผสานการออกแบบด้วยมือของผู้สูงอายุกับการใช้ AI Generative Tools (CANVA, Google Gemini) โดยนักศึกษาเป็นตัวกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถร่วมกระบวนการที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงได้ หากมีการออกแบบ Interaction ที่เหมาะสม โดยที่ยังคงรักษาเจ้าของความคิดให้เป็นชุมชน

3.2.2 จุดอ่อน (Weaknesses)

1) ช่องว่างขนาดใหญ่ระหว่าง Verbal Identity กับ Market Readiness แม้ผู้เข้าอบรมจะพัฒนาเรื่องราวและฉลากได้ในระดับดี แต่ยังไม่สามารถกำหนดราคาและปริมาณสุทธิของสินค้าได้ สะท้อนว่าหลักสูตรยังขาดการเชื่อมโยงกับการจัดการต้นทุน การคำนวณราคาขาย และการออกแบบบรรจุภัณฑ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ไม่สามารถแยกออกจากการสร้างแบรนด์ในเชิงพาณิชย์ได้

2) ความไม่เท่าเทียมในการรวมกลุ่ม กลุ่มที่มีสมาชิกน้อย (ชนุนฟาร์ม 1 ราย, เสือเด่นเหียบ 4 ราย) มี Response Rate ต่ำกว่ามาก ซึ่งสะท้อนความเปราะบางของวิสาหกิจขนาดเล็กที่ไม่สามารถสร้างฉันทามติในการพัฒนาแบรนด์ร่วมกันได้ รวมถึงขาดแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำงานร่วมกัน

3) ข้อจำกัดของ Checklist Format กับผู้สูงอายุ ใบบาง 3 ซึ่งมีลักษณะเป็น Checklist มี Missing Data สูงถึง 31.6% สะท้อนว่ารูปแบบเครื่องมือประเภทนี้อาจไม่เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านสายตาและความอดทนในการทำงานที่ต้องใช้สมาธิจดจ่อนาน

4) Inter-rater Reliability ยังไม่ได้รับการวัดอย่างเป็นระบบ การให้คะแนน STORY Framework และ Visual Identity Rubric ยังใช้ผู้ประเมินเพียงคนเดียว ซึ่งอาจมีอคติส่วนบุคคล (Personal Bias) การอ้างอิงผลเชิงเปรียบเทียบระหว่างแบรนด์ยังมีข้อจำกัดในเชิงความเที่ยง

5) จำนวนตัวอย่างในบางกลุ่มยังน้อยเกินไป โดยเฉพาะแบรนด์ชนุนฟาร์มที่มีผู้เข้าอบรมเพียง 1 ราย ทำให้การวิเคราะห์ทางสถิติระหว่างกลุ่มทำได้จำกัด จึงเหมาะกับการวิเคราะห์เชิงคุณภาพมากกว่าการสรุปเชิงปริมาณ

3.2.3 ข้อเสนอแนะที่ต้องปรับปรุงพร้อมทางออก

จากจุดอ่อนและช่องว่างที่พบ ผู้วิจัยขอเสนอประเด็นที่ต้องปรับปรุง 5 ประเด็น พร้อมทางออกที่เป็นรูปธรรมดังนี้

ข้อ	ประเด็นที่ต้องปรับปรุง	ทางออก (Solutions)
1	การกำหนดราคาและบรรจุภัณฑ์ยังไม่ชัดเจน (78.9% ขาดราคา)	• เพิ่มเซสชัน "Pricing & Packaging Workshop" เป็นหัวข้อที่ 5 ในหลักสูตร ใช้เวลา 60 นาที • สอนวิธีคำนวณต้นทุนอย่างง่าย โดยใช้ตัวอย่างจริงจากวัตถุดิบของกลุ่ม • จัดกิจกรรม "ทดลองกำหนดราคาเอกชน" แบบกลุ่มเล็ก เพื่อให้สมาชิกฝึกการตกลงร่วมกัน • เชิญผู้ประกอบการ OTOP ระดับ 4-5 ดาว มาเป็นวิทยากรรับเชิญแบ่งปันประสบการณ์

2	กลุ่มที่มีสมาชิกน้อยขาดฉันทามติและความต่อเนื่อง	• จัดกิจกรรม Coaching รายกลุ่ม โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มที่มีสมาชิก <5 ราย เช่น เสือเต้นเฮิร์บและขนุนฟาร์ม • สร้างกลไกผู้จัดการกลุ่ม (Group Manager) โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะผู้นำ 1-2 ราย/กลุ่ม เข้ารับการอบรมเพิ่มเติม • เปิดโอกาสให้ขยายสมาชิกใหม่จากผู้สูงอายุในหมู่บ้านใกล้เคียง • สร้างระบบพี่เลี้ยง (Mentor System) ให้กลุ่มที่ประสบความสำเร็จช่วยสนับสนุนกลุ่มที่อ่อนแอกว่า
3	รูปแบบใบงาน Checklist ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ	• ปรับใบงาน 3 ให้สั้นลง และแบ่งเป็น 2 ส่วน: ส่วนแรกทำในห้องอบรม (ซื้อสินค้า โลโก้ สี) ส่วนที่สองให้กลับไปทำที่บ้าน (ราคา ปริมาณ ค่าเตือน) • ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ($\geq 16\text{pt}$) และภาพประกอบแทนการอ่านยาว • เพิ่ม Visual Aid เช่น ตัวอย่างฉลากจริง ติดบนผนังให้ผู้เข้าอบรมเห็นว่าแต่ละรายการอยู่ตรงไหน • ใช้การจับคู่/กลุ่มเล็ก (Buddy System) ให้สมาชิกช่วยกันกรอกใบงาน
4	ความน่าเชื่อถือของคะแนนประเมิน (Inter-rater Reliability)	• เพิ่มจำนวนผู้ประเมินเป็นอย่างน้อย 2-3 คน และคำนวณค่า Cohen's Kappa หรือ ICC เพื่อวัดความสอดคล้อง • จัดทำคู่มือการประเมินที่ชัดเจน (Rubric Guide) พร้อมตัวอย่างการให้คะแนนในแต่ละระดับ • จัด Inter-rater Training Session ก่อนเริ่มการประเมินจริง เพื่อปรับความเข้าใจให้ตรงกัน • พัฒนา STORY Framework Rubric เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เผยแพร่สู่สาธารณะได้
5	ความเชื่อมโยงกับช่องทางตลาดและมาตรฐานยังไม่ชัดเจน	• จัดทำ Roadmap การพัฒนาแบรนด์ ระยะสั้น-กลาง-ยาว ให้แต่ละกลุ่ม โดยเชื่อมโยงกับ มผช. และ OTOP • ประสานงานกับพาณิชย์จังหวัดและอุตสาหกรรมจังหวัด เพื่อเปิดโอกาสให้แบรนด์เข้าสู่ช่องทางจำหน่ายอย่างเป็นระบบ • พัฒนาช่องทางดิจิทัลร่วม เช่น เพจ Facebook กลาง, TikTok, Shopee ของวิสาหกิจชุมชนคังตะเกา

		• ติดตามผลหลังอบรม 3, 6, 12 เดือน เพื่อประเมินว่าแบรนด์ที่พัฒนานำไปใช้งานจริงและสร้างรายได้เพิ่มขึ้นหรือไม่
--	--	--

การดำเนินการตามข้อเสนอแนะข้างต้นอย่างต่อเนื่องจะช่วยยกระดับกิจกรรมนี้จาก "การอบรมระยะสั้น" ให้กลายเป็น "กระบวนการพัฒนาวิสาหกิจชุมชนอย่างเป็นระบบ" ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของโครงการวิจัยในการเสริมพลังผู้สูงอายุให้กลายเป็นทุนทางสังคมที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานรากของชุมชนคั่งตะเกาอย่างยั่งยืน

3.3 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ สำหรับแต่ละกลุ่มแบรนด์

บ้านไพรคสิน: พร้อมยื่นมาตรฐาน มผช. และ OTOP เพียงต้องตกลงราคาขายร่วมกันและออกแบบฉลากตามคู่มือที่ได้จากการอบรม

สมุนไพรบ้านหอม: ควรพัฒนา Visual Identity เพิ่มเติม โดยเลือกสีและรูปทรงที่สื่อความเป็นสมุนไพรชัดเจนขึ้น และพิจารณาว่าจ้างนักออกแบบกราฟิกหากเป็นไปได้

ขุนนพารม: มี Story ที่แข็งแกร่ง เหมาะสำหรับการสื่อสารแบบ Storytelling Marketing แต่ควรขยายฐานผู้ผลิตในกลุ่มก่อน เพื่อความยั่งยืนของผลผลิต

เสือเต็นเฮอร์: ต้องการ Workshop ต่อยอดเฉพาะกลุ่ม โดยเน้นการพัฒนา Visual และฉลาก รวมถึงการสร้างฉันทามติของกลุ่ม

สำหรับการอบรมในอนาคต

1. แบ่งระดับการอบรมเป็น 2 ระดับ: ระดับเริ่มต้น (Brand Foundation) และระดับต่อยอด (Brand Activation)
2. เพิ่มหัวข้อ "Pricing Strategy" และ "Packaging Design" ในการอบรมระดับต่อยอด
3. สร้างเครือข่ายแบรนด์ชุมชนระดับตำบล/อำเภอ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม
4. ติดตามผลหลังอบรม 3-6 เดือน เพื่อประเมินว่าแบรนด์ที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้งานจริงหรือไม่

สำหรับงานวิจัยต่อยอด

5. ทำวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้าอบรมที่ได้คะแนนสูงสุดและต่ำสุด เพื่อเข้าใจปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค
6. ทำการศึกษาเปรียบเทียบกับวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดอื่น เพื่อสร้าง Benchmark
7. พัฒนา Rubric STORY Framework ให้มี Inter-rater Reliability ที่วัดได้ทางสถิติ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐาน

ภาคผนวก
เครื่องมือที่ใช้
หลักสูตรระยะสั้น
หลักสูตรเสริมสร้างรายได้และสุขภาวะด้วยนวัตกรรมสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่น

1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ชื่อหลักสูตร หลักสูตรเสริมสร้างรายได้และสุขภาวะด้วยนวัตกรรมสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่น
1.2 ดำเนินการโดย ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

1.3 ผู้รับผิดชอบหลักสูตร

- 1) ชื่อ-สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัญญารัตน์ ผิงบรรหาร
เบอร์โทร 089-9611928
อีเมล Pongbunhan@hotmail.com
- 2) ชื่อ-สกุล รองศาสตราจารย์ ดร. นิชารีย์ ใจคำวัง
เบอร์โทร 092-2645153
อีเมล jkwnicharee@uru.ac.th
- 3) ชื่อ-สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติพร เทียนมนิธิกุล
เบอร์โทร 081-7657908
อีเมล thitiphorn_thi@uru.ac.th
- 4) ชื่อ-สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัชญาสุ์ ช่างเรียน
เบอร์โทร 062-9897991
อีเมล changrian@uru.ac.th
- 5) ชื่อ-สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รติ ธนารักษ์
เบอร์โทร 089-4553344
อีเมล radeetfms@uru.ac.th
- 6) ชื่อ-สกุล อาจารย์อรัญญา อินสอน
เบอร์โทร 097-9210862
อีเมล arunya@uru.ac.th

2. ข้อมูลเฉพาะหลักสูตร

2.1 หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งนำมาซึ่งความท้าทายทั้งด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี "พละพลัง" (Active Aging) จึงเป็นวาระเร่งด่วน โดยไม่ได้จำกัดเพียงการดูแลสุขภาพกาย แต่ยังรวมถึงการสร้างความมั่นคงทางรายได้และการมีส่วนร่วมทางสังคม อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่พบคือ ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีศักยภาพ แต่ขาดโอกาสในการเข้าถึงองค์ความรู้สมัยใหม่ที่จะช่วยเปลี่ยน "ภูมิปัญญาดั้งเดิม" ให้กลายเป็น "ผลิตภัณฑ์มูลค่าสูง" ที่ตอบโจทย์ตลาดยุคดิจิทัล

ตำบลคิ่งตะเกา จังหวัดอุดรธานี ถือเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์ที่มีต้นทุนทางวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ที่เข้มข้น เป็นพื้นที่ชุ่มน้ำที่มีความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ โดยเฉพาะ "พืชสมุนไพรท้องถิ่น" หลากหลายชนิดที่สืบทอดภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์มาอย่างยาวนาน นอกจากนี้ คิ่งตะเกายังมีรากฐานทางสังคมที่แข็งแรง มีความเอื้ออาทรในชุมชน และมีกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นปราชญ์ชาวบ้านจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจบริบทพื้นที่พบว่า แม้จะมีวัตถุดิบคุณภาพดี แต่การแปรรูปยังคงเป็นรูปแบบดั้งเดิม ขาดการรับรองมาตรฐานที่สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้บริโภคใหม่ และยังขาดช่องทางการจัดจำหน่ายที่กว้างขวาง ทำให้รายได้ยังคงหมุนเวียนอยู่ในวงจำกัด การยกระดับศักยภาพของพื้นที่คิ่งตะเกาจึงไม่ใช่แค่การสร้างอาชีพ แต่คือการ "ร้อยพันและต่อยอด" ของดีในตำบล ให้กลายเป็นอัตลักษณ์ใหม่ที่สร้างรายได้เข้าสู่ชุมชนอย่างยั่งยืน

ด้วยเหตุผลดังกล่าว โครงการฝึกอบรมหลักสูตร "เสริมสร้างรายได้และสุขภาวะด้วยนวัตกรรมสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่น" จึงถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานรากของตำบลคิ่งตะเกา โดยมุ่งเน้นการบูรณาการ "ศาสตร์สากล" คือ มาตรฐาน GHP นวัตกรรมบรรจุภัณฑ์ การตลาดดิจิทัล เข้ากับ "ภูมิปัญญาท้องถิ่น" คือ สูตรสมุนไพรและวิถีชีวิตผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หลักสูตรนี้มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถยกระดับจาก "ผู้ผลิตวัตถุดิบ" สู่การเป็น "ผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชนวัยเก๋า" ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองด้วยสมุนไพร และสร้างรายได้จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างชุมชนคิ่งตะเกาให้เป็นต้นแบบของ "ชุมชนสุขภาวะและเศรษฐกิจสร้างสรรค์" ของจังหวัดอุดรธานีต่อไป

2.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวก และการเห็นคุณค่าในภูมิปัญญาตนเองแก่ผู้เข้าอบรม
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และทักษะในการแปรรูปสมุนไพรตามมาตรฐานสุขลักษณะที่ดี
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสื่อสารการตลาดและการขายเบื้องต้นได้
4. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถคำนวณต้นทุนและทำบัญชีรับ-จ่ายอย่างง่ายได้

2.3 กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน

2.4 ระยะเวลาการฝึกอบรม

ชั่วโมงการเรียนรู้รวมทั้งสิ้น 16 ชั่วโมง แบ่งเป็นภาคบรรยาย 9 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 7 ชั่วโมง

2.5 โครงสร้างหรือเนื้อหาของหลักสูตร

หลักสูตรนี้เป็นการอบรมในรูปแบบ onsite มีจำนวนชั่วโมงการเรียนรู้ 15 ชั่วโมง แบ่งเป็นภาคบรรยาย 8 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 4 ชั่วโมง โดยมีหัวข้อการอบรม ดังนี้

วัน เวลา	หัวข้อหลักสูตรอบรมระยะสั้น	จำนวนชั่วโมง		ผู้รับผิดชอบ
		บรรยาย	ปฏิบัติ	
ครั้งที่ 1 วันที่..... เวลา 08.00-12.00 น.	โมดูลที่ 1 ปลุกพลังผู้สูงวัย			
	1.1 การสร้างแรงบันดาลใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง	1	-	ผศ.ดร.กัญญา รัตน์ ผังบรรหาร
	1.2 ความฉลาดรู้ด้านดิจิทัล	2	1	ผศ.ดร.รติ ธนา รักษา
ครั้งที่ 2 วันที่..... เวลา 08.00-17.00 น.	โมดูลที่ 2 มาตรฐานการผลิตและการแปรรูป			
	2.1 มาตรฐานการผลิตและการแปรรูป 1) วิธีการล้างมือ การแต่งกาย 2) การจัดการสถานที่ผลิตเพื่อป้องกันการปนเปื้อน	1	-	รศ.ดร. นิชากร ใจคำวัง
	2.2 เรียนรู้เทคนิคการสกัดสารสำคัญเบื้องต้น เช่น การต้ม การเคี้ยว การอบแห้ง การยีสต์อายุผลิตภัณฑ์	1	-	-ผศ.ดร.ฐิติพร เทียรหมณีกุล
	2.3 ฝึกปฏิบัติ ลงมือทำผลิตภัณฑ์ต้นแบบ เน้นคุณภาพ สี กลิ่น และสรรพคุณที่สม่ำเสมอ	-	5	-รศ.ดร. นิชากร ใจคำวัง -ผศ.ดร.ฐิติพร เทียรหมณีกุล -ผศ.ดร.กัญญา รัตน์ ผังบรรหาร -ผศ.ดร.รติ ธนา รักษา -ผศ.ดร. ชัชญาสุ ช่างเรียน

วัน เวลา	หัวข้อหลักสูตรอบรมระยะสั้น	จำนวนชั่วโมง		ผู้รับผิดชอบ
		บรรยาย	ปฏิบัติ	
				-อาจารย์รัฐญา อินสอน
ครั้งที่ 3 วันที่..... เวลา 08.00-12.00	โมดูลที่ 3 การสร้างแบรนด์และ การตลาดดิจิทัล			
	3.1 การขายผ่านช่องทาง Social Media(Line/Facebook) / เทคนิคการถ่ายภาพ / การเล่า เรื่องราวผลิตภัณฑ์ (Storytelling)	1	-	ผศ.ดร.รดี ธนา รักษ์
	3.2 ฝึกปฏิบัติการถ่ายภาพ / การ เล่าเรื่องราวผลิตภัณฑ์ (Storytelling)	-	1	ผศ.ดร.รดี ธนา รักษ์
	โมดูล 4 การบริหารจัดการและการ บัญชี			
	4.1 หลักการบริหารจัดการและการ บัญชี	1	-	ผศ.ดร.ชิษญาสุ ช่างเรียน
	4.2 ฝึกปฏิบัติการคำนวณต้นทุน- กำไร , การทำบัญชีรับ-จ่ายอย่าง ง่าย	-	1	ผศ.ดร. ชิษญาสุ ช่าง เรียน
	รวม 16 ชั่วโมง	7	8	

2.6 สื่อและอุปกรณ์การฝึกอบรม (Media & Materials)

1. เอกสารประกอบการบรรยาย / คู่มือสูตรการผลิต
2. วัสดุอุปกรณ์สำหรับสาธิตและฝึกปฏิบัติแปรรูป เช่น สมุนไพร บรรจุภัณฑ์ เตา กระทะ ฯลฯ
3. สมาร์ทโฟนของผู้เข้าอบรมสำหรับฝึกถ่ายภาพและทำการตลาด
4. แบบฟอร์มการคำนวณต้นทุนและบัญชี

2.7 การวัดและประเมินผล

1. สังเกตพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มและการฝึกปฏิบัติ (ร้อยละ 40)
2. ชิ้นงาน ผลิตภัณฑ์ต้นแบบที่ได้มาตรฐาน และสื่อโฆษณาออนไลน์ที่สร้างขึ้น (ร้อยละ 40)
3. ความพึงพอใจ: แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าอบรม (ร้อยละ 20)

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้เข้าอบรมต้องมีเวลาเรียนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และผ่านเกณฑ์ประเมินรวมร้อยละ

70 ขึ้นไป

2. ผู้ผ่านการประเมินจะได้รับใบประกาศนียบัตร

2.8 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้เข้าอบรมมีผลิตภัณฑ์สมุนไพรต้นแบบอย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์
2. ผู้เข้าอบรมมีช่องทางออนไลน์หรือสื่อประชาสัมพันธ์สินค้าของตนเอง
3. เกิดกลุ่มเครือข่ายวิสาหกิจชุมชนที่มีความเข้มแข็ง สามารถต่อยอดเชิงพาณิชย์ได้

ประกาศนียบัตร



แบบประเมินทักษะความฉลาดรู้ทางดิจิทัล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.เพศ

ชาย หญิง

2.อายุ.....ปี

3.สถานภาพสมรส

โสด คู่
หม้าย หย่า / แยก

4.ระดับการศึกษา

ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา
มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
ประกาศนียบัตร/เทียบเท่า ปริญญาตรี

5.อาชีพ

เกษตรกร ค้าขาย
ข้าราชการ วิสาหกิจ

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ต่ำกว่า 1,000 บาท
1,001 – 3,000 บาท
3,001 – 5,000 บาท
มากกว่า 5,000 บาท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะความฉลาดรู้ทางดิจิทัล

คำชี้แจง ทำเครื่องหมายถูกลงในช่องระดับความสามารถที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด เพียงช่องเดียว โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

4 = ทำได้อย่างคล่องแคล่ว มั่นใจ สามารถทำได้เองโดยไม่ต้องถามใคร และทำเป็นประจำ

3 = ทำได้ด้วยตนเอง แต่ไม่ค่อยคล่อง ต้องใช้เวลาบ้าง

2 = ทำได้บ้าง แต่ต้องมีคนช่วยสอน/ทำให้ดูก่อนจึงจะทำได้

1 = ทำไม่ได้เลย/ไม่เคยทำ หรือไม่เคยใช้งานฟังก์ชันนี้มาก่อน

รายการประเมินทักษะ	ระดับความสามารถ			
	1	2	3	4
ด้านพื้นฐานและการเข้าถึง				
1.สามารถเปิด-ปิดการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต (Wi-Fi หรือ ข้อมูลมือถือ) บนโทรศัพท์มือถือของท่านได้เอง				
2.สามารถถ่ายรูปด้วยโทรศัพท์มือถือ และเปิดดูรูปที่ถ่ายไว้ใน "คลังภาพ/แกลเลอรี" เพื่อให้คนอื่นดูได้				
3. สามารถเพิ่มรายชื่อผู้ติดต่อ (เมมเบอร์โทรศัพท์) หรือกดรับแอดเพื่อนใหม่ใน LINE ได้ด้วยตนเอง				
ด้านการสื่อสารและสังคมออนไลน์				
4.สามารถส่งข้อความ พิมพ์ตอบโต้ หรือส่งรูปภาพ/สติ๊กเกอร์ หาคอนในครอบครัวหรือเพื่อนผ่านทาง LINE ได้				
5.สามารถโทรศัพท์แบบเห็นหน้า (Video Call) ผ่านแอปพลิเคชัน เช่น LINE หรือ Messenger ได้				
6.สามารถเข้าร่วมกลุ่ม LINE ของชุมชน/กลุ่มผู้สูงอายุ และเปิดอ่านข่าวสารประกาศต่างๆ ที่ส่งมาในกลุ่มได้				
ด้านการค้นหาข้อมูลและสาระประโยชน์				
7.สามารถใช้ Google ค้นหาข้อมูลที่ยากู้ เช่น ข่าวสาร, วิธีทำอาหาร, พยากรณ์อากาศ โดยการพิมพ์ หรือใช้การพูดสั่งงานด้วยเสียงได้				
8.สามารถค้นหาและเปิดดูคลิปวิดีโอที่สนใจบน YouTube (เช่น คลิปออกกำลังกาย, คลิปธรรมะ, เพลง) ได้				
9.เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ท่านสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น หรือตรวจสอบอาการจากเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือได้				
ด้านการทำธุรกรรมและธุรกิจ				
10.สามารถเปิดแอปพลิเคชันธนาคารในมือถือ (Mobile Banking) เพื่อเช็คยอดเงิน หรือโอนเงินให้ผู้อื่นได้				

รายการประเมินทักษะ	ระดับความสามารถ			
	1	2	3	4
11.สามารถใช้งานแอปพลิเคชันภาครัฐ เช่น แอปฯ เป๋าตัง เพื่อรับสิทธิต่างๆ หรือใช้สแกนจ่ายเงินได้				
12.หากต้องการขายผลิตภัณฑ์ของชุมชน สามารถถ่ายรูปสินค้าและโพสต์ขายลงใน Facebook หรือส่งให้ลูกค้าดูทาง LINE ได้				
ด้านความปลอดภัยและการรู้เท่าทันสื่อ				
13.เข้าใจความสำคัญของการเก็บรหัสผ่าน (Password/PIN) เป็นความลับ และไม่บอกรหัสแอปฯ ธนาคารแก่ผู้อื่น				
14.สามารถแยกแยะได้ว่าข้อความใดเป็นข้อความจากเพื่อนจริงๆ และข้อความใดเป็น "ข้อความหลอกลวง" เช่น แก๊งคอลเซ็นเตอร์, ข้อความชวนให้กู้เงิน, ข้อความแจ้งว่าได้รับรางวัล				
15. เมื่อได้รับข่าวสารด้านสุขภาพเช่น สูตรยารักษาโรคส่งต่อมาทาง LINE มีการตรวจสอบก่อนว่าน่าเชื่อถือหรือไม่ ก่อนที่จะเชื่อหรือส่งต่อให้ผู้อื่น				

ส่วนที่ 3 การสร้างแบรนด์และการตลาดดิจิทัล (Branding & Digital Marketing)

หัวข้อประเมิน	ระดับ 4 (ดีเยี่ยม)	ระดับ 3 (ดี)	ระดับ 2 (พอใช้)	ระดับ 1 (ต้องปรับปรุง)
1. อัตลักษณ์และการเล่าเรื่อง	☐ เล่าเรื่องราว (Story) เชื่อมโยงภูมิปัญญาดั้งเดิมที่น่าสนใจ และดึงจุดเด่นสินค้ามาสร้างมูลค่าเพิ่มได้ชัดเจน	☐ บอกชื่อผลิตภัณฑ์และจุดเด่นของชุมชนได้ถูกต้องครบถ้วน ตามที่ฝึกอบรมมา	☐ เล่าเรื่องได้บ้างแต่ยังไม่ดึงดูดใจหรือยังระบุเอกลักษณ์ของแบรนด์ตนเองได้ไม่ชัดเจน	☐ ไม่สามารถอธิบายความสำคัญหรือจุดเด่นของผลิตภัณฑ์ให้ผู้อื่นเข้าใจได้
2. คุณภาพสื่อ (ภาพถ่าย)	☐ ภาพถ่ายสินค้ามีองค์ประกอบสวยงามแสงชัดเจน จัดวางชุมชนไพร่ประกอบได้เหมือนมืออาชีพ	☐ ถ่ายภาพสินค้าได้ชัดเจน เห็นตัวผลิตภัณฑ์ครบถ้วนและพื้นหลังสะอาดเรียบร้อย	☐ ภาพถ่ายมีความชัดเจนปานกลาง แต่การจัดวางองค์ประกอบหรือแสงยังไม่น่าสนใจ	☐ ภาพถ่ายเบลอลมิด หรือมีสิ่งของไม่เกี่ยวข้องปนในภาพจนสินค้าดูไม่น่าเชื่อถือ
3. การสื่อสารดิจิทัล (Line/FB)	☐ โพสต์รูปพร้อมเขียนแคปชั่นที่น่าสนใจ ระบุราคาและ	☐ สามารถโพสต์รูปและข้อความลงโซเชียลได้	☐ โพสต์รูปได้แต่ยังเขียนข้อความไม่ครบ หรือต้องให้เพื่อน/วิทยากร	☐ ไม่สามารถใช้งานแอปพลิเคชัน Line หรือ Facebook ใน

หัวข้อประเมิน	ระดับ 4 (ดีเยี่ยม)	ระดับ 3 (ดี)	ระดับ 2 (พอใช้)	ระดับ 1 (ต้องปรับปรุง)
	ช่องทางติดต่อได้ครบถ้วนด้วยตนเอง	ถูกต้องตามขั้นตอนที่เรียนมา	ช่วยแนะนำขั้นตอน	การสื่อสารการขายได้
4. การบริการลูกค้าออนไลน์	☐ ตอบคำถามลูกค้าได้รวดเร็ว สุภาพ และให้ข้อมูลสรรพคุณ รวมถึงการจัดส่งได้อย่างมืออาชีพ	☐ สามารถตอบแชทลูกค้าและแจ้งรายละเอียดราคา/การโอนเงินได้ถูกต้อง	☐ ตอบคำถามได้บ้างแต่ล่าช้า หรือยังสับสนเรื่องการแจ้งข้อมูลการชำระเงิน	☐ ไม่สามารถโต้ตอบแชทกับลูกค้าหรือให้ข้อมูลการซื้อขายผ่านออนไลน์ได้
5. ความเข้าใจตลาดเป้าหมาย	☐ ระบุกลุ่มลูกค้าได้ชัดเจน และเสนอไอเดียการจัดโปรโมชั่นที่เหมาะสมกับเทศกาลหรือกลุ่มเป้าหมายได้	☐ บอกได้ว่าผลิตภัณฑ์นี้เหมาะกับใคร และแตกต่างจากสินค้าในท้องตลาดอย่างไร	☐ รู้กลุ่มลูกค้ากว้างๆ แต่ยังไม่เห็นความแตกต่างของสินค้าตนเองกับของเจ้าอื่น	☐ ไม่ทราบว่าสินค้าผลิตมาเพื่อใคร และไม่เห็นความสำคัญของการแข่งขันในตลาด

แบบประเมินศักยภาพพี่เลี้ยงผู้ประกอบการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.เพศ

..ชาย ..หญิง

2.อายุ.....ปี

3.สถานภาพสมรส

..โสด ..คู่
..หม้าย ..หย่า / แยก

4.ระดับการศึกษา

..ต่ำกว่าประถมศึกษา ..ประถมศึกษา
..มัธยมศึกษาตอนต้น ..มัธยมศึกษาตอนปลาย
..ประกาศนียบัตร/เทียบเท่า ..ปริญญาตรี

5.อาชีพ

..เกษตรกร ..ค้าขาย
..ข้าราชการ ..วิสาหกิจ

6. รายได้เฉลี่ยที่ท่านได้รับจากกลุ่มต่อเดือน:

..ต่ำกว่า 1,000 บาท
..1,001 – 3,000 บาท
..3,001 – 5,000 บาท
..มากกว่า 5,000 บาท

7.ระยะเวลาการเป็นสมาชิกวิสาหกิจชุมชน.....ปี

8.สถานะในวิสาหกิจชุมชน

..ประธาน ..สมาชิก
.. เหนือญิก/เลขานุการ/กรรมการ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณลักษณะทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาคุณลักษณะของผู้รับการประเมินตามความเป็นจริง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคะแนน

- | | |
|--------------------------|---|
| 5 = ดีเยี่ยม | หมายถึง มีพฤติกรรมนี้อย่างสม่ำเสมอเป็นแบบอย่างได้ |
| 4 = ดี | หมายถึง มีพฤติกรรมนี้บ่อยครั้ง ปฏิบัติได้ดี |
| 3 = ปานกลาง | หมายถึง มีพฤติกรรมนี้บ้างตามโอกาส พอใช้ได้ |
| 2 = พอใช้/ควรปรับปรุง | หมายถึง มีพฤติกรรมนี้น้อย หรือต้องกระตุ้นเตือน |
| 1 = ต้องปรับปรุงเร่งด่วน | หมายถึง ไม่แสดงพฤติกรรมนี้เลย หรือทำไม่ได้ |

รายการประเมิน	5	4	3	2	1
ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะผู้นำ					
1. เป็นที่ยอมรับ นับถือ และได้รับความไว้วางใจจากสมาชิกในกลุ่ม					
2. มีความรับผิดชอบสูง ตรงต่อเวลา และรักษาคำพูด					
3. มีความอดทน ใจเย็น และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีเมื่อเจอปัญหา					
4. มีจิตสาธารณะ (Public Mind) ยินดีเสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อส่วนรวม					
5. มีความสามารถในการประสานความสัมพันธ์และไกล่เกลี่ยความขัดแย้ง					
ด้านทักษะการสื่อสารและการถ่ายทอด					
6. สามารถอธิบายขั้นตอนการทำงานที่ซับซ้อนให้เข้าใจได้ง่าย					
7. มีเทคนิคการสอนงานแบบ "ทำให้ดู อยู่ให้เห็น เย็นให้สัมผัส"					
8. รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นอย่างตั้งใจ (Active Listening) ไม่ด่วนตัดสิน					
9. ใช้คำพูดเชิงบวก ให้กำลังใจ และสร้างแรงบันดาลใจให้สมาชิกได้					
10. มีความสามารถในการสังเกตจุดเด่น/จุดด้อยของสมาชิกเพื่อแนะนำได้ตรงจุด					
ด้านองค์ความรู้และทักษะวิชาชีพ					
11. มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องสมุนไพร/การผลิต อย่างลึกซึ้ง					
12. สามารถแก้ปัญหาหน้างานเกี่ยวกับการผลิตหรือผลิตภัณฑ์ได้ทันที					
13. ตระหนักถึงมาตรฐานความสะอาดและความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด					
ด้านความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง					
14. เปิดใจเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เช่น เทคโนโลยี, การตลาดออนไลน์ ไม่ปิดกั้น					
15. กล้าคิด กล้าทำ และกล้านำเสนอวิธีการใหม่ๆ เพื่อพัฒนากลุ่ม					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะการเป็นผู้ประกอบการ

หัวข้อประเมิน	ระดับ 4 (ดีเยี่ยม)	ระดับ 3 (ดี)	ระดับ 2 (พอใช้)	ระดับ 1 (ต้องปรับปรุง)
1. การแยกประเภทบัญชี	* แยกรายรับ-รายจ่าย และเงินส่วนตัวออกจากเงินกลุ่มได้อย่างเด็ดขาดและเป็นระบบ	* สามารถจดบันทึกรายรับและรายจ่ายแยกจากกันได้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด	* บันทึกรายรับ-รายจ่ายรวมกันหรือยังสับสนการจัดหมวดหมู่เงินในบางรายการ	* ไม่มีการจดบันทึกเงินเข้า-ออก หรือรวมเงินทุกอย่างไว้ในที่เดียวกันจนสับสน
2. การวิเคราะห์ต้นทุน	* คำนวณต้นทุนรวมได้แม่นยำ (รวมค่าวัตถุดิบ ค่าแรง และค่าน้ำ/ไฟ/แก๊ส) โดยไม่ตกหล่น	* คำนวณต้นทุนวัตถุดิบและค่าบรรจุภัณฑ์ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง	* คิดเฉพาะค่าวัตถุดิบหลัก แต่ลืมคำนวณต้นทุนแฝง เช่น ค่าแรง หรือค่าสาธารณูปโภค	* ไม่สามารถระบุได้ว่าสินค้า 1 ชิ้นมีต้นทุนการผลิตเท่าใด
3. การตั้งราคาและกำไร	* ตั้งราคาขายที่ครอบคลุมต้นทุนและสะท้อนคุณค่าแบรนด์ พร้อมคำนวณผลกำไรสุทธิได้แม่นยำ	* ตั้งราคาขายให้มีกำไรตามเป้าหมายที่โครงการวางไว้ได้ถูกต้อง	* ตั้งราคาขายได้แต่ยังคำนวณผลกำไรผิดพลาด หรือตั้งราคาต่ำจนเสี่ยงต่อการขาดทุน	* ตั้งราคาโดยการคาดเดา ไม่สัมพันธ์กับต้นทุนจริงที่จ่ายไป
4. การออมและการลงทุนต่อ	* วางแผนสัดส่วนเงินออมและเงินทุนหมุนเวียนสำหรับผลิตรอบถัดไปได้เป็นอย่างดีเป็นรูปธรรม	* เข้าใจและแบ่งสัดส่วนกำไรไว้เพื่อซื้อวัตถุดิบในรอบถัดไปได้ถูกต้อง	* รู้ว่าต้องเก็บเงินไว้ลงทุนต่อ แต่ยังระบุจำนวนเงินที่ต้องสำรองไว้ไม่ชัดเจน	* ใช้เงินรายได้ทั้งหมดโดยไม่มีการเก็บออมหรือสำรองเงินไว้สำหรับรอบถัดไป
5. ความเป็นมืออาชีพ (วินัย)	* บันทึกบัญชีสม่ำเสมอทุกวัน เอกสารหลักฐานประกอบ (ใบเสร็จ) ครบถ้วนเป็นระเบียบ	* มีการบันทึกบัญชีเป็นประจำและสามารถสรุปยอดคงเหลือรายสัปดาห์ได้ถูกต้อง	* บันทึกบัญชีบ้างเป็นครั้งคราว ยอดเงินในบัญชีกับเงินสดที่มีอยู่อาจไม่ตรงกันบ้าง	* บันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ขาดวินัยในการจดบันทึกจนไม่สามารถตรวจสอบได้

เกณฑ์แปลผล

คะแนนเต็ม 20 คะแนน (5 ข้อ x 4 คะแนน)

คะแนน 17 – 20

: มีพลังใจสูงมาก พร้อมเป็นแกนนำชุมชนต้นแบบ

คะแนน 13 – 16 : มีทัศนคติที่ดี พร้อมพัฒนาเป็นผู้ประกอบการ
 คะแนน 9 – 12 : เริ่มเปิดใจ แต่อาจต้องการพี่เลี้ยงคอยกระตุ้น
 คะแนนต่ำกว่า 8 : ควรจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพิ่มเติมเพื่อละลายพฤติกรรม

ประเมินศักยภาพผู้สูงอายุสู่การเป็นผู้ประกอบการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.เพศ

☐ชาย ☐หญิง

2.อายุ.....ปี

3.สถานภาพสมรส

☐โสด ☐คู่
☐หม้าย ☐หย่า / แยก

4.ระดับการศึกษา

☐ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ประถมศึกษา
☐มัธยมศึกษาตอนต้น ☐มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ประกาศนียบัตร/เทียบเท่า ☐ปริญญาตรี

5.อาชีพ

☐เกษตรกร ☐ค้าขาย
☐ข้าราชการ ☐วิสาหกิจ

6. รายได้เฉลี่ยที่ท่านได้รับจากกลุ่มต่อเดือน:

☐ต่ำกว่า 1,000 บาท
☐1,001 – 3,000 บาท
☐3,001 – 5,000 บาท
☐มากกว่า 5,000 บาท

ส่วนที่ 2 ประเมินศักยภาพผู้สูงอายุสู่การเป็นผู้ประกอบการ

คำชี้แจง

เพื่อให้การประเมินด้านทักษะการปฏิบัติการทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีความเป็นรูปธรรม และชัดเจน ได้จัดทำเกณฑ์การให้คะแนนแบบ Rubric ซึ่งแยกประเมินตามองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน เพื่อให้ผู้ประเมินให้คะแนนได้แม่นยำขึ้น ดังนี้

เกณฑ์การประเมินทักษะการปฏิบัติการทำผลิตภัณฑ์สมุนไพร (Rubric Score)

รายการประเมิน	ระดับ 4 (ดีเยี่ยม)	ระดับ 3 (ดี)	ระดับ 2 (พอใช้)	ระดับ 1 (ต้องปรับปรุง)
1. การคัดเลือกและเตรียมวัตถุดิบ	☐ คัดเลือกสมุนไพรเกรดพรีเมียมได้แม่นยำ (ดูสี/ดมกลิ่น) และมีเทคนิคพิเศษในการเตรียม (เช่น การสตุ/ย่างไฟ)	☐ เลือกวัตถุดิบได้ถูกต้องตามตำรับและส่วนที่ใช้ การหั่น/สับ/บด มีความสม่ำเสมอสวยงาม	☐ เลือกวัตถุดิบถูกต้องแต่คุณภาพไม่สม่ำเสมอ (อ่อน/แก่เกิน) ขั้นตอนการเตรียมยังติดขัดบ้าง	☐ เลือกใช้วัตถุดิบผิดประเภทหรือผิดส่วน ล้างไม่สะอาด มีสิ่งเจือปนชัดเจน
2. กระบวนการปรุงและแปรรูป	☐ ปฏิบัติงานคล่องแคล่วแม่นยำ บริหารเวลาได้ดีเยี่ยม และแก้ปัญหาเฉพาะหน้าขณะทำได้ทันที	☐ ปฏิบัติตามขั้นตอนได้ถูกต้อง ครบถ้วนด้วยตนเอง ควบคุมอุณหภูมิและเวลาได้ดี	☐ ปฏิบัติงานได้ครบแต่ยังไม่คล่องแคล่ว ต้องอาศัยการดูตำราหรือถามผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะ	☐ ข้ามขั้นตอนสำคัญ สับสนในกระบวนการ หรือทำวัตถุดิบเสียหาย เช่น ไหม้
3. สุขลักษณะและความปลอดภัย	☐ ตระหนักถึงความปลอดภัย ผู้บริโภคสูงมาก ปฏิบัติตามหลักสุขอนามัย ได้แก่ ล้างมือ, ใส่หมวก, ทำความสะอาดอุปกรณ์ ได้ถูกต้องตลอด	☐ ปฏิบัติตามหลักสุขลักษณะ ได้แก่ ล้างมือ, ใส่หมวก, ทำความสะอาดอุปกรณ์ ได้ถูกต้องตลอด กระบวนการ	☐ รักษาความสะอาดพื้นฐานได้ แต่ยังไม่เป็นระบบ มีข้อผิดพลาดบ่อยครั้ง เช่น ลืมล้างมือ อุปกรณ์ ลืมใส่หมวกบางช่วง	☐ ไม่คำนึงถึงความปลอดภัย วางของบนพื้น ไม่ล้างมือ หรืออุปกรณ์สกปรกขณะปฏิบัติงาน

รายการประเมิน	ระดับ 4 (ดีเยี่ยม)	ระดับ 3 (ดี)	ระดับ 2 (พอใช้)	ระดับ 1 (ต้องปรับปรุง)
	กระบวนกร ครบถ้วนและเป็น นิสัยตลอดเวลา	มีข้อผิดพลาด นาน ๆ ครั้ง		
4. คุณภาพของ ผลผลิตสุดท้าย	☐ ผลิตรัณฑ์มี ความโดดเด่น (Outstanding) ทั้งสี กลิ่น รส และสามารถ อธิบายเหตุผลเชิง ลึกในแต่ละ ขั้นตอนได้	☐ ผลิตรัณฑ์มี คุณภาพดี สี กลิ่น รส ตรง ตาม เอกลักษณ์ และมาตรฐาน ของตำรับ	☐ ผลิตรัณฑ์ พอใช้ได้ แต่ คุณภาพ (สี/ กลิ่น/รส) ยังไม่ สม่ำเสมอ หรือไม่ดึงดูดใจ	☐ ผลิตรัณฑ์ใช้การ ไม่ได้ มีลักษณะ ผิดเพี้ยนรุนแรง (เช่น เหม็นเขียว รสชาติเสีย)
5.การพัฒนา บรรจุภัณฑ์	☐ สามารถ ออกแบบบรรจุ ภัณฑ์ที่ดึงดูดใจ มี ฉลากระบุ สรรพคุณและ วิธีใช้ชัดเจน และ คำนวณต้นทุน- กำไรได้อย่าง แม่นยำ	☐ จัดทำบรรจุ ภัณฑ์ได้ สะอาด เรียบร้อย มี ข้อมูลพื้นฐาน ครบถ้วน และ เข้าใจแนวคิด การตั้งราคา ขาย	☐ บรรจุ ผลิตรัณฑ์ได้ตาม มาตรฐาน แต่ การนำเสนอหรือ การบรรจุยังไม่ สม่ำเสมอ ยัง สับสนเรื่องการ คำนวณต้นทุน	☐ บรรจุภัณฑ์ไม่ สะอาด หรือไม่มี การระบุข้อมูล ผลิตรัณฑ์ ทำให้ไม่ สามารถนำไป จำหน่ายได้
6.การถ่ายทอด และนำเสนอ สินค้า	☐ สามารถบอก เล่า "เรื่องราว" (Storytelling) ของสมุนไพรคั่ง ตะเกาให้น่าสนใจ และแนะนำ ช่องทางการขาย ในชุมชนได้	☐ อธิบาย จุดเด่นของ ผลิตรัณฑ์ได้ ชัดเจน กล้า พูดคุยกับ ลูกค้า และ เข้าใจ กลุ่มเป้าหมาย ในท้องถิ่น	☐ บอกสรรพคุณ สินค้าได้บ้าง แต่ ยังไม่คล่องแคล่ว ในการนำเสนอ เพื่อการขาย	☐ ไม่สามารถ อธิบายรายละเอียด สินค้าเพื่อจูงใจผู้ซื้อ ได้

เกณฑ์การแปรผลคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.00 = มีทักษะในระดับ ดีเยี่ยม (เชี่ยวชาญ)

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 = มีทักษะในระดับ ดี (ตามมาตรฐาน)

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 = มีทักษะในระดับ พอใช้ (ต้องพัฒนาความคล่องแคล่ว)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 = มีทักษะในระดับ ต้องปรับปรุง (ไม่ผ่านเกณฑ์)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินด้านคุณลักษณะของการเป็นผู้ประกอบการ

หัวข้อประเมิน	ระดับ 4 (ดีเยี่ยม)	ระดับ 3 (ดี)	ระดับ 2 (พอใช้)	ระดับ 1 (ต้องปรับปรุง)
1. การเห็นคุณค่าในตนเอง	☐ ระบุภูมิปัญญาหรือจุดแข็งของตนเองได้อย่างชัดเจน พร้อมอธิบายวิธีการส่งต่อให้คนรุ่นหลังได้อย่างเป็นรูปธรรม	☐ ระบุภูมิปัญญาหรือจุดแข็งของตนเองได้ชัดเจน แต่ยังไม่เห็นภาพวิธีการส่งต่อที่ชัดเจนนัก	☐ ระบุจุดแข็งได้กว้างๆ หรือไม่แน่ใจในคุณค่าของภูมิปัญญาที่มี	☐ ไม่สามารถระบุจุดแข็งหรือภูมิปัญญาในตนเองได้เลย
2. ความมั่นใจและกระตือรือร้น	☐ แสดงออกถึงความมั่นใจสูงมาก กระตือรือร้นในการทำกิจกรรมใหม่ๆ ตลอดเวลา แวดต้ามุ่งมั่นและกล้าซักถาม	☐ มีความมั่นใจและสนใจเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ปฏิบัติตามกิจกรรมได้ดี แต่อาจมีท่าทีลังเลในบางช่วง	☐ เข้าร่วมกิจกรรมตามคำสั่ง แต่ทำทางยังดูประหม่า ไม่กล้าลองผิดลองถูกด้วยตนเอง	☐ ดูเฉื่อยชา ขาดความสนใจ หรือแสดงท่าทีปฏิเสธที่จะเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ
3. การทำงานเป็นทีม	☐ เป็นผู้ฟังที่ดีและส่งเสริมให้ผู้อื่นแสดงความคิดเห็น ช่วยประสานรอยร้าวหรือความเห็นที่ต่างในกลุ่มให้ลงตัว	☐ รับฟังผู้อื่นและสนับสนุนความคิดเห็นสมาชิกในทีมเพื่อให้งานเดินหน้าต่อไปได้	☐ รับฟังเฉพาะบางคนหรือยอมทำตามกลุ่มแต่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนผู้อื่น	☐ ไม่รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ยึดตนเองเป็นหลัก หรือแยกตัวออกจากกลุ่ม
4. บทบาทผู้นำ/ผู้ตาม	☐ อาสาเป็นผู้นำหรือผู้ช่วยหลักในการทำกิจกรรม แบ่งปันไอเดียที่มีประโยชน์และช่วยเพื่อนในทีมอย่างเต็มใจ	☐ มีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นเป็นระยะ และช่วยทำงานตามที่ได้รับมอบหมายอย่างดี	☐ มีส่วนร่วมเมื่อถูกร้องขอ ไม่ค่อยริเริ่มไอเดียใหม่ๆ แต่ยังช่วยทำงานกลุ่มบ้าง	☐ ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มหรือละทิ้งหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
5. ทศนคติเชิงบวก/เป้าหมาย	☐ ระบุเป้าหมายความสำเร็จหลังจบโครงการได้ชัดเจน (เช่น จะทำสินค้าขาย/จะสอนต่อ) และเชื่อมั่นว่าทำได้จริง	☐ บอกเป้าหมายที่อยากทำได้ แต่ความมั่นใจในการลงมือทำยังต้องการแรงสนับสนุน	☐ บอกสิ่งที่อยากทำได้เพียงกว้างๆ ยังไม่เห็นภาพเป้าหมายที่ชัดเจนของตนเอง	☐ ไม่มีเป้าหมายหลังจบโครงการ หรือมองว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้

กิจกรรมที่ 5

ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

บทสรุปผู้บริหาร

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Integrated Care Guideline)

หลักการและเหตุผล

บริบทการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์ (Super-Aged Society) ทำให้ระบบสาธารณสุขต้องเผชิญกับความท้าทายจากภาวะเปราะบาง (Frailty) และโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน การดูแลแบบแยกส่วน (Fragmented Care) แบบดั้งเดิมไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้อีกต่อไป โครงการนี้จึงมุ่งพัฒนา "แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ" เพื่อสร้างมาตรฐานการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และภาคประชาชน อสม. อาสาสมัครฯ ในพื้นที่ชุมชนคุ้มครองสุขภาพ โดยใช้สุนทรียภาพทางการแพทย์และนวัตกรรมท้องถิ่นเป็นแกนกลางขับเคลื่อน

กรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการ

แนวปฏิบัตินี้ขับเคลื่อนผ่านนวัตกรรมการประเมิน ดัชนี URU-FRAILTY ซึ่งบูรณาการแนวทาง ICOPE ขององค์การอนามัยโลก เข้ากับเกณฑ์ภาวะเปราะบางระดับสากล ประเมินครอบคลุม 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สมอง คลินิก และสังคม เพื่อนำไปสู่การจัดกลุ่มผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ (Seamless) และกำหนดบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) แบบบูรณาการความร่วมมือ

3. แนวปฏิบัติการดูแลแบบบูรณาการ 4 ระดับ (4-Tier Integrated Care Pathways)

แนวปฏิบัติได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม MDT และชุมชน แบ่งตามระดับสุขภาพ ดังนี้

ระดับที่ 1: กลุ่มแข็งแรง (Robust) "แนวปฏิบัติการสร้างมูลค่าและวิสาหกิจชุมชน" เป้าหมาย เพื่อคงสมรรถนะ (Maintenance) และสร้างคุณค่าเชิงประจักษ์ (Productive Aging) โดยสนับสนุนการจัดตั้งวิสาหกิจชุมชน ผลผลิตผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดจากสมุนไพรท้องถิ่น และยกระดับผู้สูงอายุสู่การเป็น "อาสาสมัคร" เพื่อเป็นพี่เลี้ยงดูแลกลุ่มเปราะบาง

ระดับที่ 2 กลุ่มเริ่มเปราะบาง (Pre-frail) "แนวปฏิบัติการฟื้นฟูระยะนาทีทอง (Golden Period)" เป้าหมายเพื่อผันกลับภาวะเปราะบางสู่ภาวะปกติ (Reversible Intervention) โดยใช้โปรแกรมพหุมิติ 12 สัปดาห์ บูรณาการการออกกำลังกายร่วมกับนวัตกรรม "ปั่นโตนาทีทอง" และเครื่องตีสมุนไพรพฤษเคมีเสริมโปรตีน เพื่อเพิ่มมวลกล้ามเนื้อและกระตุ้นการทำงานของสมอง

ระดับที่ 3 กลุ่มเปราะบางปานกลาง (Moderately Frail) "แนวปฏิบัติการคงสภาพและลดภาระ" เป้าหมายเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ลดภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนผู้ดูแล (Caregiver Support) บทบาททีมบูรณาการ คือ เภสัชกรและแพทย์ร่วมกันทบทวนและถอนยาที่ไม่จำเป็น (Deprescribing) นักกายภาพบำบัดและทีมช่างชุมชนร่วมประเมินและปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน (Home Modification)

ระดับที่ 4 กลุ่มเปราะบางรุนแรง (Severely Frail) - "แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองระยะท้าย" เป้าหมาย คือ ลดความทุกข์ทรมาน (Symptom Control) และรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Palliative Care) บทบาททีมบูรณาการ คือ พยาบาลและแพทย์เน้นการจัดการความปวด ผสานสุนทรียสัมผัส (Aesthetic Touch) และดนตรีบำบัด ร่วมกับการทำความเข้าใจกับครอบครัวเพื่อจัดทำสมุดบาใจ (Living Will) ให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

กลไกการประเมินผลและการพัฒนาคุณภาพ

เพื่อให้แนวปฏิบัตินี้เกิดความยั่งยืน ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดประสิทธิภาพ (KPIs) ที่ครอบคลุมทั้ง:

1. ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) อัตราการลดลงของภาวะหกล้ม และอัตราการเข้า

รักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmission rate)

2. ประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิต ความสุขของผู้สูงอายุและการลดลงของความเครียดในกลุ่มผู้ดูแล

3. การเรียนรู้ของระบบ (System Learning) การใช้กระบวนการถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) เพื่อ

ปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA

ผลสัมฤทธิ์ที่คาดหวัง

การประกาศใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพนี้ จะพลิกโฉมระบบบริการสุขภาพของศูนย์ URU-CARE จากการตั้งรับ เป็นการสร้าง "ระบบนิเวศสุขภาพที่เกื้อกูล (Compassionate Health Ecosystem)" ลดความซ้ำซ้อนในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ลดภาระค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุข และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนคั่งตะเกา ให้สามารถก้าวเข้าสู่วัยเกษียณได้อย่างมีพลัง มีคุณค่า และมีสุนทรียภาพอย่างยั่งยืน

หลักการและเหตุผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ

การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์นำมาซึ่งความท้าทายในการจัดการระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมักเผชิญกับกับความเสื่อมถอยของสมรรถนะทางกาย (Intrinsic capacity) ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Multimorbidity) และกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ที่มีความซับซ้อน ตลอดจนปัญหาความเปราะบางทางสังคมและจิตใจ การจัดการปัญหาสุขภาพเหล่านี้ไม่สามารถบรรลุผลได้ด้วยระบบบริการรูปแบบเดิมที่เน้นการรักษาโรคแบบแยกส่วน (Fragmentation) ซึ่งมักนำไปสู่ความซ้ำซ้อนในการประเมินและเกิดช่องโหว่ในการส่งต่อข้อมูล เพื่อแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสู่การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care) ที่ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การขับเคลื่อนแนวปฏิบัติที่อาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) อย่างเป็นระบบ ผ่านการประเมินแบบครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment) ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ชะลอความเสื่อมถอยของการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ (Kuluski et al., 2021; Briggs et al., 2018) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอแนวคิด การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People: ICOPE) ซึ่งเป็นการพลิกโฉมระบบสุขภาพจากการมุ่งเน้นการรักษาโรค (Disease-oriented) ไปสู่การรักษาสมรรถนะภายใน (Intrinsic capacity) แบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การวิเคราะห์อภิमानล่าสุดยืนยันว่าการใช้กรอบแนวคิด ICOPE สามารถฟื้นฟูสมรรถนะทางกาย ลดความเปราะบาง และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการดูแลแบบดั้งเดิม (Liu et al., 2025) ในบริบทของประเทศไทย กรมอนามัยได้นำร่องกรอบแนวคิดนี้มาใช้ในระดับปฐมภูมิ (กรมอนามัย, 2564) ทว่าการประเมินผลการดำเนินงานยังพบข้อจำกัดสำคัญด้านระบบฐานข้อมูลที่แยกส่วนและภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากร (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติระดับพื้นที่ที่สามารถอุดช่องโหว่เหล่านี้ได้

นอกจากกลไกทางคลินิกแล้ว การดูแลแบบองค์รวมที่แท้จริงต้องผสมผสานหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) เข้ากับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น และการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างสมุนไพรรักษาพื้นถิ่น เข้ามาบูรณาการร่วมกับการรักษาหลัก มีส่วนสำคัญในการเยียวยาจิตใจ ลดอัตราซึมเศร้า และสร้างความสุขให้แก่

ผู้สูงอายุในระยะยาว (นริรัตน์ และคณะ, 2567; วรรณา และคณะ, 2566) และหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการดูแลแบบบูรณาการ คือ การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศชี้ให้เห็นตรงกันว่า อุปสรรคสำคัญในการปฏิบัติงานจริงคือบทบาทหน้าที่ที่ทับซ้อนกัน ขาดความเข้าใจในขอบเขตของวิชาชีพอื่น และขาดระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (รัตนา และคณะ, 2564; Valentijn et al., 2023) การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งผสานการทำงานของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการเข้าด้วยกัน ไม่เพียงแต่ช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางคลินิก (Mofina et al., 2022) แต่การนำระบบผู้จัดการรายกรณี (Case Management) มาใช้ประสานงาน ยังช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม (Kuluski et al., 2021)

การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและสุนทรียภาพทางการแพทย์ การดูแลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์จะต้องครอบคลุมมิติทางจิตใจและสังคม โดยดึงศักยภาพของชุมชนมาเป็นฐานราก (Community-based approach) การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วมร่วมคิดร่วมทำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้นและสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง (สมศักดิ์ และคณะ, 2566) นอกจากนี้ การบูรณาการ "นวัตกรรมสุนทรียภาพทางการแพทย์" (Nursing Aesthetic Innovation) เช่น การใช้ศิลปะและดนตรีบำบัด ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยยกระดับความสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (นริรัตน์ และคณะ, 2567; จินตนา และคณะ, 2565) ควบคู่ไปกับการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ เช่น การจัดการภาวะเปราะบางด้วยภูมิปัญญาสมุนไพรท้องถิ่น ซึ่งเป็นการต่อยอดการดูแลสุขภาพไปสู่การขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานราก (วรรณา และคณะ, 2566)

วัตถุประสงค์

การพัฒนา "แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญดังนี้

1. เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลไร้รอยต่อ (Seamless Care): แปลงแนวคิด ICOPE ระดับสากลสู่การปฏิบัติจริง
2. โดยมีเส้นทางคลินิก (Clinical pathway) ที่หลายไซโลของวิชาชีพ เพื่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพสูงสุด
3. เพื่อบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) เข้ากับบริบทพื้นที่ ในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมสุนทรียภาพทางการแพทย์และภูมิปัญญาท้องถิ่น ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของชุมชนเป้าหมาย

4. เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ศูนย์กลางความรู้: แนวปฏิบัตินี้เป็นรากฐานสำคัญในการผลักดันให้หน่วยงานก้าวขึ้นเป็น Hub of Talent and Knowledge ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผสานความเป็นเลิศทางวิชาการเข้ากับการรับใช้สังคมอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

กรอบแนวคิดนี้พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของกระบวนการเชิงระบบ (System Approach: Input-Process-Output) โดยมีองค์ประกอบหลัก 4 เสาหลัก (Pillars) ที่สอดคล้องกัน ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Inputs)

- 1.1 ฐานรากทางวิชาการและบริบทพื้นที่แนวคิด ICOPE (Integrated Care for Older People นำร่องด้วย

กรอบคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่เปลี่ยนผ่านจากการรักษาโรคแยกส่วน มาเป็นการมุ่งรักษาสมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity) ทั้ง 6 ด้าน ความรู้คิด, การเคลื่อนไหว, โภชนาการ, การมองเห็น, การได้ยิน, สุขภาพจิต

1.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยบูรณาการกับหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) และการประเมินแบบครอบครัว (CGA) ใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีมาตรฐานสากล เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพที่แม่นยำที่สุด

1.3 บริบทและทุนทางสังคมของชุมชน การวิเคราะห์โครงสร้างประชากร ความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่จริงในพื้นที่ เช่น บริบทของชุมชนดั้งเดิม เพื่อให้การดูแลไม่แปลกแยกจากวิถีชีวิตเดิม

2.กลไกการขับเคลื่อน (Process) การทำงานของทีมและการใช้นวัตกรรมกระบวนการนี้ถูกขับเคลื่อนด้วย 2 กลไกคู่ขนาน

2.1 กลไกที่ 1 การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพภายใต้คำนิยาม URU-CAR ยึดพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ประสานงานอย่างไร้รอยต่อกับ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และผู้นำชุมชน ภายใต้คำนิยาม URU-CARE ซึ่งเป็นวัฒนธรรมองค์กรเพื่อลดการทำงานแบบแยกส่วน สร้างความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ในการสะท้อนปัญหาร่วมกัน

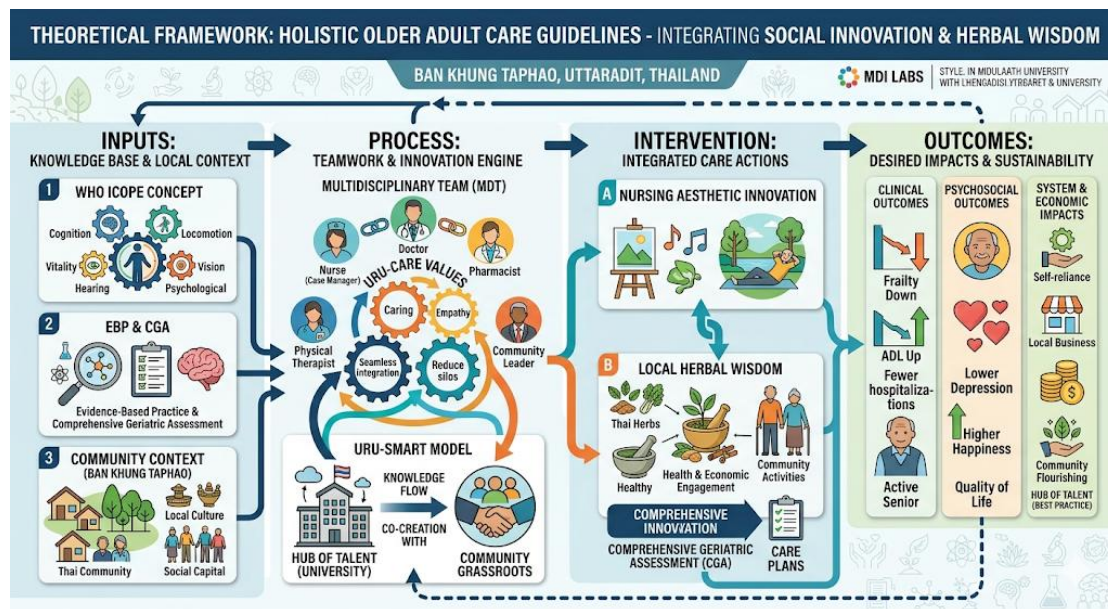
2.2 กลไกที่ 2 นวัตกรรมสังคมผ่านโมเดล "URU-SMART" เปลี่ยนองค์ความรู้จากบนลงล่าง (Top-down) สู่การสร้างนวัตกรรมร่วมกับชุมชน (Co-creation) มหาวิทยาลัยทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางความรู้ (Hub of Talent) ถ่ายทอดเทคโนโลยีและกระบวนการดูแล ลงสู่รากหญ้า เพื่อให้อาสาสมัครได้มีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรม (Intervention) โดยบูรณาการภูมิปัญญาสมุนไพรท้องถิ่น เป็นฐานรองรับการสร้างกิจกรรมทางสังคม (Social Engagement) ยกระดับเศรษฐกิจชุมชนไปพร้อมกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Outcomes / Impacts)

3.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) ผู้สูงอายุมีสมรรถนะภายในที่ดีขึ้น ชะลอภาวะพึ่งพิง(Frailty)

3.2 ผลลัพธ์ทางจิตใจและสังคม (Psychosocial Outcomes) ผู้สูงอายุมีความสุขและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

3.3 ผลกระทบระดับมหภาค ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ด้านสุขภาพ เกิดผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพที่ยกระดับเศรษฐกิจฐานราก



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ

นิยามศัพท์เฉพาะ (Operational Definitions)

ผู้สูงอายุ (Older Adults) หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เป้าหมายของการดำเนินการ (เช่น ชุมชนคั้งตะเกา) ซึ่งครอบคลุมทั้งกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ที่มีความต้องการการประเมินและการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน พื้นฟู หรือรักษา

การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) หมายถึง การให้การดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ได้แก่ มิติทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยไม่แยกส่วนมุ่งเน้นเพียงการรักษาความเจ็บป่วยทางกาย แต่ให้ความสำคัญกับบริบทแวดล้อม วิถีชีวิต และคุณค่าในตัวผู้สูงอายุ

การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care) หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงและสอดคล้องประสานกันอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Care) ระหว่างวิชาชีพ ระดับของสถานบริการ และชุมชน โดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (Person-centered) สอดคล้องกับแนวคิด ICOPE ขององค์การอนามัยโลก เพื่อลดความซับซ้อนและอุดช่องโหว่ในการรักษา

สมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity) หมายถึง ความสามารถโดยรวมทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ตามแนวคิด ICOPE ซึ่งครอบคลุมการประเมิน 6 มิติหลัก ได้แก่ ความรู้คิด (Cognition) การเคลื่อนไหว (Locomotion) โภชนาการและพลังงาน (Vitality) การมองเห็น (Vision) การได้ยิน (Hearing) และสุขภาพจิต (Psychological)

ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team: MDT) หมายถึง กลุ่มบุคลากรที่มาจากหลากหลายวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร รวมไปถึงผู้ดูแล (Caregiver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ที่ร่วมมือกันประเมิน วางแผน และให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป้าหมายภายใต้เป้าหมายเดียวกัน

นวัตกรรมทางสังคม หมายถึง การประยุกต์ใช้องค์ความรู้เชิงวิชาชีพผสมกับ

หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) และภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การใช้สมุนไพรพื้นถิ่น หรือศิลปะบำบัด เพื่อสร้างสรรค์รูปแบบหรือเครื่องมือการดูแลที่เยียวยาจิตใจ สร้างความสุข และยกระดับประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุ

แนวปฏิบัติการดูแล (Care Guidelines / Clinical Practice Guidelines) หมายถึง ข้อกำหนด ขั้นตอน

หรือคู่มือการปฏิบัติงานที่พัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) ร่วมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อเป็นมาตรฐานให้ทีมสหสาขาวิชาชีพใช้ยึดถือในการประเมินและดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) การเปิดโอกาสให้ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายทางสังคมในพื้นที่ มีบทบาทร่วมคิด ร่วมประเมินปัญหา ร่วมตัดสินใจ และร่วมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนของระบบสุขภาพฐานราก

ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้สูงอายุ

บทนำ

การดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมที่เน้นการรักษาโรคเป็นหลัก (medical model) ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุได้อย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้สูงอายุมักเผชิญกับปัญหาสุขภาพหลายด้านพร้อมกัน เช่น โรคเรื้อรัง (chronic diseases) ภาวะซึมเศร้า (depression) ปัญหาด้านสังคม (social problems) และปัญหาการใช้ยา (polypharmacy) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.], 2561) ทำให้การรักษาโดยแพทย์เพียงคนเดียวอาจไม่ครอบคลุมทุกมิติ แนวคิดการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team: MDT) จึงเกิดขึ้นเพื่อนำผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขามาทำงานร่วมกันในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและครอบคลุม (holistic care) (กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทีมสหสาขาวิชาชีพแสดง ดังภาพ



ภาพที่ ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้สูงอายุ

ความสำคัญ

ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การประเมินและการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ช่วยให้เห็นภาพรวมของสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นำไปสู่การวางแผนการรักษาที่ครอบคลุมทุกมิติ (สสส., 2561)

ผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น ส่งผลให้การวินิจฉัยถูกต้องแม่นยำขึ้น การจัดการยาดีขึ้น และช่วยให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวหรือรับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีขึ้นและเร็วขึ้น (สธ., 2562)

3. เพิ่มความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ลดความผิดพลาดทางการแพทย์ ปรับปรุงการจัดการยา และลดช่องว่างในการประสานงานการรักษา (สสส., 2561)

ประสิทธิภาพและความคุ้มค่า ช่วยให้ใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล (สธ., 2562)

การสื่อสารและความร่วมมือ: ส่งเสริมการแบ่งปันข้อมูล ความเข้าใจซึ่งกันและกัน และสร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นยิ่งขึ้นระหว่างบุคลากรทางการแพทย์แต่ละสาขา รวมถึงกับผู้สูงอายุและครอบครัว (สสส., 2561)

การพัฒนาวิชาชีพ เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมเรียนรู้จากความเชี่ยวชาญของสาขาอื่น แบ่งปันความรู้ และพัฒนาทักษะวิชาชีพของตนเอง (สธ., 2562)

สรุปได้ว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพคือหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมทุกมิติ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นผ่านการทำงานร่วมกันอย่างมีระบบและเป็นเอกภาพ

บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ

บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

1. บทบาทหน้าที่ของแพทย์ (Physician / Geriatrician) ในทีมสหสาขาวิชาชีพแพทย์ โดยเฉพาะอายุรแพทย์ผู้สูงอายุ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เปรียบเสมือนผู้นำทางคลินิก (Clinical Lead) ของทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) ทว่าในบริบทของการดูแลแบบบูรณาการเชิงระบบ บทบาทของแพทย์จะเปลี่ยนจากการเป็นเพียงผู้สั่งการรักษาแบบบนลงล่าง (Top-down) มาเป็นการทำงานแบบแนวราบ (Flat structure) ที่ต้องอาศัยข้อมูลจากการประเมินแบบครอบคลุม (CGA) ของวิชาชีพอื่นๆ มาประกอบการตัดสินใจ ภายใต้วัฒนธรรมการทำงานที่เคารพซึ่งกันและกัน

บทบาทหน้าที่หลักของแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีดังนี้

1. การประเมินและจัดการความซับซ้อนทางคลินิก (Clinical Assessment & Management) วินิจฉัยและจัดการกับกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) เช่น ภาวะหกล้ม ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) หรือภาวะกลืนลำบากที่ไม่อยู่ซึ่งมักมีสาเหตุซับซ้อนและไม่ได้เกิดจากอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งเพียงอย่างเดียว

2. การดูแล สร้างสมดุลในการรักษาภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Multimorbidity) โดยไม่ให้การรักษาโรคหนึ่งไปส่งผลเสียต่ออีกโรคหนึ่ง และพิจารณาปรับเป้าหมายการรักษาให้สอดคล้องกับพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุต้องการ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2566)

3. การบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับนวัตกรรมท้องถิ่น (EBP & Local Innovation Integration) ประเมินความปลอดภัยและให้การรับรองทางคลินิก (Clinical endorsement) สำหรับการนำการแพทย์ทางเลือกมาใช้ร่วมกับ

การแพทย์ แพทย์จะพิจารณาอนุญาตหรือสนับสนุนให้ใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรท้องถิ่น (เช่น การใช้ยาสมุนไพรพอกเข้าเพื่อลดปวด หรือ "นวัตกรรมสุนทรียภาพทางการแพทย์พยาบาล" เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในแผนการรักษา (Care Plan) หากประเมินตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) แล้วว่ามีความปลอดภัย ไม่เกิดปฏิกิริยาต่อกันกับยาแผนปัจจุบัน และช่วยลดการพึ่งพายาแก้ปวดทางเคมีได้จริง (วรรณา และคณะ, 2566)

3. การสื่อสารและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เป็นผู้ให้ข้อมูลด้านการพยากรณ์โรค (Prognosis) อย่างตรงไปตรงมาแต่เปี่ยมด้วยความเอื้ออาทร แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว แนะนำการพูดคุยเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกรณีที่ผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (Palliative/End-of-life care) เพื่อลดการรักษาที่ยื้อชีวิตอย่างไม่จำเป็น และเคารพเจตนาารมณ์ของผู้ป่วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

4. การอนุมัติแผนการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง (Transitional Care Approval) ประเมินความพร้อมทางคลินิก (Clinical stability) ก่อนส่งตัวผู้สูงอายุกลับบ้านหรือศูนย์ดูแลในชุมชน สรุปแผนการรักษาทางการแพทย์ที่ชัดเจน เพื่อให้ทีมพยาบาลชุมชนและเครือข่าย อสม. สามารถนำไปดำเนินการเฝ้าระวังต่อไปในพื้นที่ได้อย่างปลอดภัย

5. การทำงานประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT Integration) ทำงานร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) รับฟังรายงานความผิดปกติ ผ่านเครื่องมือสื่อสารมาตรฐาน และทำงานร่วมกันเพื่อผสานแผนการแพทย์เข้ากับสุนทรียภาพทางการแพทย์พยาบาล

6. ทำงานร่วมกับเภสัชกร (Pharmacist) ปรีกษาและทบทวนรายการยา (Medication Review) เพื่อลดปัญหาการใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy) และสั่งยุติการใช้ยา (Deprescribing) ที่หมดความจำเป็นหรือเกิดผลเสียมากกว่าผลดี

7. ทำงานร่วมกับนักกายภาพบำบัด (PT) และนักกิจกรรมบำบัด (OT) แพทย์เป็นผู้กำหนดข้อควรระวัง (Precautions) ทางกายวิภาคหรือโรคประจำตัว เพื่อให้ PT/OT นำไปออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพและการทำกิจวัตรประจำวันที่ปลอดภัยที่สุด

2. บทบาทหน้าที่ของพยาบาล (Nurse / Nurse Case Manager) ในทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พยาบาลไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่เป็นผู้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (Passive implementer) แต่เปรียบเสมือน"ศูนย์กลางการประสานงาน (Node) หรือ ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างมิติทางการแพทย์ การฟื้นฟู และมิติทางสังคมเข้าด้วยกัน พยาบาลจะเป็นผู้นำในการผสมผสานศาสตร์ทางคลินิก (Evidence-Based Practice: EBP) เข้ากับ "ศิลปะทางการแพทย์พยาบาล" เพื่อสร้างผลลัพธ์เชิงบวกต่อสุขภาพและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ บทบาทหน้าที่หลักมีดังนี้

1. ผู้จัดการรายกรณีและการประเมินแบบครอบคลุม (Case Manager & CGA Assessor) เป็นด่านหน้าในการคัดกรองและประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (CGA) ทั้ง 6 มิติ ความรู้คิด, การเคลื่อนไหว, โภชนาการ, การมองเห็น, การได้ยิน และสุขภาพจิต ตามแนวทาง ICOPE

2. รวบรวมข้อมูลจากการประเมินของทุกวิชาชีพ มาสังเคราะห์เพื่อร่วมจัดทำ "แผนการดูแลรายบุคคล (Individualized Care Plan) และติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดูแลที่ซ้ำซ้อนหรือตกหล่น (กฤษณา และคณะ, 2564)

3. ผู้นำการสร้างสรรค์นวัตกรรมสุนทรียภาพทางการแพทย์พยาบาล (Nursing Aesthetic Innovator) คือบทบาทที่สะท้อนความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของวิชาชีพพยาบาลอย่างแท้จริง ออกแบบและประยุกต์ใช้ "นวัตกรรมสุนทรียภาพทางการแพทย์พยาบาล โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) เข้ากับบริบทความชอบและภูมิหลังของผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเยียวยา (Healing environment) มาใช้เพื่อลดความวิตกกังวล สร้างความผ่อนคลาย และ

ยกระดับความสุขทางจิตใจ ซึ่งเป็นการเติมเต็มช่องว่างที่การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำได้ (นริรัตน์ และคณะ, 2567)

4. ผู้บูรณาการนวัตกรรมชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น (Integrator of Local Wisdom & URU-SMART Model) ขับเคลื่อนการดูแลจากสถานพยาบาลลงสู่ฐานรากของชุมชน ทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและเครือข่าย อสม. เช่น ในพื้นที่นาร่องชุมชนคังตะเกา เพื่อนำ "ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นถิ่น" มาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพและการทำกิจกรรมบำบัด เปลี่ยนผู้สูงอายุจากผู้รับบริการให้กลายเป็นผู้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสุขภาพชุมชน (วรรณ และคณะ, 2566)

5. ผู้ประสานงานและนักสื่อสารทางการแพทย์ (Seamless Communicator) เป็นศูนย์กลางในการสื่อสารข้อมูลทางคลินิกที่สำคัญระหว่างวิชาชีพ ใช้เครื่องมือการสื่อสารมาตรฐาน ในการรายงานอาการเปลี่ยนแปลงต่อแพทย์อย่างทันท่วงที และใช้ทักษะความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ในการอธิบายแผนการรักษาที่ซับซ้อนให้ผู้สูงอายุและญาติเข้าใจได้ง่ายและลดความตื่นตระหนก

6. ผู้ส่งเสริมพลังและให้การศึกษา (Empowerer & Educator) ถ่ายทอดความรู้และทักษะการดูแลที่ถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) ฝึกอบรมญาติผู้ดูแล (Caregiver) และอาสาสมัครในชุมชนให้สามารถประเมินอาการเบื้องต้น จัดการเรื่องโภชนาการ และดูแลสุขอนามัยของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง เพื่อลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Caregiver burden) และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน (ศศิพัฒน์ และคณะ, 2560)

7.การทำงานประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT Integration)

1.ทำงานร่วมกับแพทย์ นำเสนอผลการประเมิน CGA เพื่อร่วมกำหนดเป้าหมายการรักษา และแจ้งเตือนหากพบความเสี่ยงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา

7.2 ทำงานร่วมกับเภสัชกร สังเกตการณ์และประเมินผลข้างเคียงของการใช้ยา เช่น อาการง่วงซึมจนเสี่ยงต่อการหกล้ม จากนั้นสะท้อนข้อมูลให้เภสัชกรและแพทย์ทราบเพื่อปรับแผนการใช้ยา

7.3 ทำงานร่วมกับนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด กระตุ้นและดูแลให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหรือที่บ้าน รวมถึงบูรณาการกิจกรรมบำบัดเข้ากับนวัตกรรมสุนทรียภาพที่พยาบาลออกแบบขึ้น

3. นักกายภาพบำบัด (Physical Therapist)

มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการรักษามิติการเคลื่อนไหว (Locomotion) ซึ่งเป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักของแนวคิด ICOPE ขององค์การอนามัยโลก (Beswick et al., 2008; WHO, 2019) และถือเป็นหนึ่งในปัจจัยชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญที่สุด นักกายภาพบำบัดจึงเป็นกำลังหลักในการรักษาความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ป้องกันภาวะติดเตียง และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม โดยมีบทบาทหน้าที่หลักดังนี้

1. การประเมินและฟื้นฟูสมรรถภาพการเคลื่อนไหว (Mobility Assessment & Rehabilitation) ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของข้อต่อ และความสามารถในการทรงตัว (Balance) ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (เช่น Timed Up and Go Test หรือ Berg Balance Scale)

ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา (Therapeutic Exercise) ที่ออกแบบเฉพาะบุคคล (Tailor-made) เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง บรรเทาอาการปวดจากข้อเสื่อม และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาเคลื่อนไหวได้อย่างปลอดภัย (Beswick et al., 2008)

2. การจัดการความเสี่ยงและป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Fall Prevention & Management) วิเคราะห์รูปแบบการเดิน (Gait analysis) และค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มทั้งจากปัจจัยภายใน (เช่น อาการเวียนศีรษะ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง) และปัจจัยภายนอก

ฝึกสอนเทคนิคการเดินที่ถูกต้อง แนะนำการเลือกและฝึกใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (Assistive devices) เช่น ไม้เท้า หรือ Walker ให้เหมาะสมกับสรีระและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้ชีวิตประจำวัน

3. การบูรณาการภูมิปัญญาสมุนไพรและนวัตกรรมการผสมผสาน (Integration of Herbal Wisdom) ผลิตศาสตร์กายภาพบำบัดระดับสากลเข้ากับทรัพยากรทางสุขภาพของชุมชน ตามแนวทางนวัตกรรมสังคม นำภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นถิ่น เช่น การใช้ลูกประคบสมุนไพรสดสูตรเฉพาะ หรือน้ำมันไพล มาใช้ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัด เพื่อลดอาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อก่อนหรือหลังการฝึกออกกำลังกาย ซึ่งนอกจากจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูแล้วยังเป็นการสนับสนุนผลิตภัณฑ์ชุมชนระดับรากหญ้า ส่งเสริมแนวคิดเศรษฐกิจสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม (วรรณ และคณะ, 2566)

4. การฟื้นฟูการทำงานของระบบทางเดินหายใจและหัวใจ (Cardiopulmonary Rehabilitation) ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วม เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หรือหลังการผ่าตัด ฝึกเทคนิคการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดท่านอนเพื่อระบายเสมหะ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มเปราะบาง

5.การทำงานประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT Integration)

5.1 ทำงานร่วมกับแพทย์ รับทราบข้อควรระวัง (Precautions) ทางกายภาพ เช่น ระดับความดันโลหิตที่ปลอดภัยในการออกกำลังกาย หรือข้อจำกัดของกระดูกและข้อ เพื่อออกแบบโปรแกรมการฝึกที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย

5.2 ทำงานร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ส่งต่อแผนการจัดการเคลื่อนไหวก่อน เพื่อให้พยาบาลหรือผู้ดูแล (Caregiver) สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหรือที่บ้าน (Daily Ambulation Plan) อย่างต่อเนื่อง

5.3 ทำงานร่วมกับนักกิจกรรมบำบัด (OT) หลังจากนักกายภาพบำบัดฝึกให้ผู้สูงอายุมีกำลังขาและการทรงตัวที่ดีพอที่จะ ลุกยืนและเดินได้ จะส่งไม้ต่อนักกิจกรรมบำบัดนำทักษะนี้ไปฝึกฝนต่อในสถานการณ์จริง เช่น การเดินไปเข้าห้องน้ำและอาบน้ำด้วยตนเอง

5.4 ทำงานร่วมกับเภสัชกร เฝ้าระวังและแจ้งให้ทีมทราบหากผู้สูงอายุมีอาการหน้ามืด ทรงตัวไม่อยู่ หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ยาลดความดันโลหิต หรือยานอนหลับ

4.นักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist: OT)

เป็นอีกหนึ่งฟันเฟืองที่ขาดไม่ได้ในทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) โดยเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม หลายครั้งบทบาทนี้มักถูกสับสนกับนักกายภาพบำบัด (PT) แต่หลักการง่ายๆ คือ นักกายภาพบำบัด (PT) เน้นการฟื้นฟู "การเคลื่อนไหว" (Mobility) แต่นักกิจกรรมบำบัด (OT) เน้นการฟื้นฟู "การใช้ชีวิต" (Function & Independence) ในบริบทของการดูแลตามแนวคิด ICOPE และการขับเคลื่อนนวัตกรรมชุมชน บทบาทของนักกิจกรรมบำบัดมีความสำคัญและครอบคลุมมิติต่างๆ บทบาทหน้าที่หลักของนักกิจกรรมบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ประเมินและฟื้นฟูทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL & IADL) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน (ADL) เช่น การกินอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว และกิจวัตรที่ซับซ้อนขึ้น (IADL) เช่น การจัดการยา การใช้โทรศัพท์ หรือการทำอาหาร

ออกแบบโปรแกรมฝึกฝนหรือจัดหาอุปกรณ์ดัดแปลง (Adaptive equipment) เช่น ช้อนที่จับถนัดมือขึ้นสำหรับผู้มีอาการมือสั่น หรือที่สวมเสื้อผ้าสำหรับผู้ที่ไม่คล่องตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020)

2. ปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย (Home Modification & Safety) ลงพื้นที่ประเมินสภาพแวดล้อมในบ้านร่วมกับทีม เช่น พยาบาลและผู้นำชุมชน) เพื่อค้นหาจุดเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพื้นที่ เช่น การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ การเพิ่มแสงสว่าง การเก็บพรมที่ลื่นไถลได้ ซึ่งเป็นการแทรกแซงเชิงป้องกัน (Preventive Intervention) ที่คุ้มค่าและลดอัตราการบาดเจ็บรุนแรงได้จริง (Clemson et al., 2008)

3. การกระตุ้นและฟื้นฟูการรู้คิด (Cognitive Rehabilitation) ประเมินและจัดกิจกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง (Cognitive decline) ซึ่งเป็น 1 ใน 6 สมรรถนะหลักของแนวคิด ICOPE ดูแลฝึกความจำ การแก้ปัญหา และการจัดลำดับความคิด ผ่านเกม กิจกรรมกลุ่ม หรือการทำงานศิลปะ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

4. การบูรณาการกิจกรรมบำบัดเข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น หน้าที่ ดึงเอาความสนใจและวิถีชีวิตเดิมของผู้สูงอายุมาเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา แทนที่จะให้บิบลูกบอลยางเพื่อฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็ก นักกิจกรรมบำบัดสามารถออกแบบกิจกรรม เช่น การให้ผู้สูงอายุในชุมชนคั่งตะเภาร่วมกันคัดแยกสมุนไพรพื้นถิ่น ทำลูกประคบ หรือทำงานหัตถกรรมสิ่งทอ ซึ่งนอกจากจะได้ฟื้นฟูกล้ามเนื้อมัดเล็กและการทำงานประสานกันของสายตาและมือแล้วยังสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอีกด้วย (นริรัตน์ และคณะ, 2567)

5.การทำงานประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT Integration)

5.1 ทำงานร่วมกับแพทย์และพยาบาล แจ้งเตือนหากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการใช้มือ ส่งผลให้เกาะยาหรือฉีดยาอินซูลินเองไม่ได้ เพื่อให้แพทย์/พยาบาลปรับรูปแบบยาหรือหาผู้ดูแลช่วยจัดการ

5.2 ทำงานร่วมกับนักกายภาพบำบัด (PT) หลังจาก PT ฝึกให้ผู้สูงอายุ "เดินได้" ทรงตัวและมีกำลังขา OT จะเข้ามาฝึกให้ผู้สูงอายุ "เดินไปเข้าห้องน้ำและทำธุระส่วนตัวได้จริง" อย่างปลอดภัย

5.3 ทำงานร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ ประเมินความต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือ และส่งต่อให้นักสังคมสงเคราะห์ช่วยประสานงานเรื่องงบประมาณหรือสิทธิสวัสดิการในการจัดซื้ออุปกรณ์หรือปรับปรุงบ้าน

5. เภสัชกร (Pharmacist) ในทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผู้สูงอายุมักเผชิญกับภาวะโรคเรื้อรังหลายโรคที่นำไปสู่ปัญหา การใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงและปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interactions) เภสัชกรจึงเปรียบเสมือน ผู้พิทักษ์ความปลอดภัยทางยา (Medication Safety Gatekeeper)" ในทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแนวปฏิบัติที่มุ่งเน้นการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นตามโมเดลนวัตกรรมสังคม บทบาทของเภสัชกรจะยิ่งมีความสำคัญในการสร้างสมดุลระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก ดังนี้

1.สืบค้นและทบทวนรายการยา (Medication Reconciliation & Review) ตรวจสอบประวัติการใช้ยาทั้งหมดของผู้สูงอายุ รวมถึงยาที่แพทย์สั่ง ยาที่ซื้อกินเอง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และยาสมุนไพร เพื่อค้นหาความซ้ำซ้อนหรือความคลาดเคลื่อนทางยาเมื่อมีการเปลี่ยนผ่านการดูแล เช่น ย้ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน

2. ประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาตามการทำงานของตับและไตที่ลดลงในผู้สูงอายุ และช่วยลดความซับซ้อนของมียา (Regimen simplification) เพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติสามารถบริหารยาได้ถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษา (Adherence) มากขึ้น (นงนุช และ ทศนีย์, 2563)

3. เฝ้าระวังความปลอดภัยจากการบูรณาการสมุนไพร (Herb-Drug Interaction Monitoring) เป็นแกนหลักในการประเมินความปลอดภัยเมื่อมีการนำ "ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นถิ่น" เข้ามาใช้ร่วมกับยาแผนปัจจุบันในแผนการดูแล

4. ขับเคลื่อนนวัตกรรมสุขภาพพระดั่งชุมชน เช่น ในพื้นที่นำร่องคังตะเกา เกษตรกรจะทำหน้าที่วิเคราะห์และให้คำแนะนำว่าสมุนไพรท้องถิ่นชนิดใดสามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษาหลักได้อย่างปลอดภัย ป้องกันไม่ให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา (เช่น การเตือนไม่ให้ใช้สมุนไพรที่มีฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือดร่วมกับยารวาร์ฟาริน) เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ทีมแพทย์และพยาบาล (วรรณ และคณะ, 2566)

3. การลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น (Deprescribing)

5. ทำงานเชิงรุกในการค้นหารายการยาที่หมดความจำเป็น หรือยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อผู้สูงอายุ เช่น ยานอนหลับบางกลุ่มที่ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม

6. นำเสนอข้อมูลทางวิชาการให้แพทย์พิจารณาปรับลดขนาดยาหรือหยุดยาค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไป (Tapering) เพื่อลดผลกระทบเชิงลบต่อสมรรถนะการรู้คิด (Cognition) และการเคลื่อนไหว (Locomotion) ตามแนวคิด ICOPE (Mofina et al., 2022)

7. การให้บริการเภสัชกรรมและการศึกษา (Pharmaceutical Care & Education) ให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

8. ออกแบบหรือแนะนำการใช้วัตรกรรมช่วยจำ เช่น กล่องจัดยาตามวัน/เวลา หรือฉลากยาที่มีรูปภาพสัญลักษณ์ชัดเจน เพื่อลดข้อผิดพลาดในการกินยาผิดมือหรือกินยาซ้ำซ้อน

9.การทำงานประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT Integration)

9.1 ทำงานร่วมกับแพทย์ เป็นคู่คิดทางคลินิกในการเลือกยาที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลดยา (Deprescribing) ผ่านการประชุม Case Conference

9.2 ทำงานร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) รับฟังรายงานจากพยาบาลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่สังเกตพบหน้างาน เช่น ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ หรือสับสนเฉียบพลัน เพื่อนำมาวิเคราะห์ว่าเป็นผลข้างเคียงจากยาหรือไม่ และร่วมกันปรับตารางการให้ยาไม่ให้รบกวนเวลาพักผ่อนหรือกิจกรรมสุนทรีย์ทางกายภาพทางการพยาบาล

9.3 ทำงานร่วมกับผู้นำชุมชน และ อสม. เกษตรสามารถลงพื้นที่เป็นวิทยากรให้ความรู้แก่อาสาสมัครในชุมชนเกี่ยวกับ "การใช้ยาสามัญและสมุนไพรท้องถิ่นอย่างปลอดภัย" เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้กับเครือข่ายฐานราก

6.บทบาทหน้าที่ของนักโภชนาการ / นักกำหนดอาหาร (Dietitian / Nutritionist) ในทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในกรอบแนวคิด ICOPE ขององค์การอนามัยโลก มิติเรื่อง "โภชนาการและพลังงาน (Vitality)" คือรากฐานสำคัญที่จะกำหนดว่าผู้สูงอายุจะมีแรงลุกขึ้นมาทำกิจกรรม (Locomotion) หรือมีสมองที่แจ่มใส (Cognition) หรือไม่ ปัญหาใหญ่ของผู้สูงอายุไม่ใช่ความอ้วน แต่เป็น "ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition)" และ "ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia)" ที่เกิดจากการเบื่ออาหาร การรับรสที่เปลี่ยนไป หรือปัญหาการเคี้ยวกลืน นักโภชนาการจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยน "อาหาร" ให้เป็น "ยา" ภายใต้การทำงานร่วมกับทีม MDT ดังนี้

1. ประเมินและคัดกรองความเสี่ยงทางโภชนาการ (Nutritional Assessment) ใช้เครื่องมือมาตรฐานสากล เช่น MNA (Mini Nutritional Assessment) ในการคัดกรองผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาภาวะขาดสารอาหารหรือความเสี่ยงที่ซ่อนอยู่

2. ประเมินพฤติกรรมการกิน การรับรส สุขภาพช่องปาก ฟันปลอม และปัญหาการกลืน ลำบาก (Dysphagia) เพื่อนำข้อมูลมาตั้งต้นในการออกแบบอาหารที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละราย (กรมอนามัย, 2564)

3. การออกแบบโภชนบำบัดทางการแพทย์ (Medical Nutrition Therapy: MNT) คำนวณความต้องการพลังงาน โปรตีน และสารอาหารระดับมหภาค/จุลภาค ที่เหมาะสมกับโรคประจำตัว (Multimorbidity) เช่น การจำกัดโซเดียมและ โปรตีนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือการคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

4. ออกแบบและปรับเปลี่ยนเนื้อสัมผัสอาหาร (Texture-modified diet) เช่น อาหารสับละเอียด อาหารปั่นผสม (Blended diet) หรือการใช้สารเพิ่มความหนืด (Thickener) ในน้ำดื่ม เพื่อป้องกันภาวะสำลักลงปอด ซึ่งเป็นสาเหตุการ เสียชีวิตอันดับต้นๆ ในผู้สูงอายุติดเตียง

5. บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและนวัตกรรมชุมชน (Integration of Local Food Wisdom) นำองค์ความรู้ด้าน โภชนาการระดับสากล มาปรับใช้กับ "วัตถุดิบและวัฒนธรรมการกินของท้องถิ่น" สำหรับชุมชนเป้าหมาย เช่น ชุมชน คั่งตะเภา นักโภชนบำบัดจะไม่บังคับให้ผู้สูงอายุกินอาหารฝรั่งหรืออาหารกระป๋องที่ราคาแพง แต่จะใช้นวัตกรรมทาง สังคมสอนญาติและ อสม. ให้ปรับสูตรอาหารพื้นบ้าน เช่น การทำน้ำพริกสูตรลดโซเดียม การใช้สมุนไพรพื้นถิ่น กระเทียม ขมิ้น ตะไคร้ เพื่อขูรสชาติทดแทนผงชูรส หรือการใช้โปรตีนจากแหล่งท้องถิ่น (ปลา ห่วงใยเรื่องก้าง) มาทำ เมนูที่กลืนง่าย เพื่อให้โภชนาการที่ดีเข้าถึงได้จริงและยั่งยืน (สถาบันเวชศาสตร์ฯ, 2566)

6. การให้สุศึกษาและส่งเสริมพลัง (Education & Empowerment) ให้คำปรึกษาเชิงลึกแก่ผู้สูงอายุและญาติ ผู้ดูแล (Caregiver)

7. สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ การเลือกซื้อวัตถุดิบที่คุ้มค่า เทคนิคการจัดจานอาหารให้มีสุนทรียภาพ นำรับประทาน สีสันและกลิ่น เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร และวิธีการให้อาหารทางสายยางที่สะอาดและปลอดภัยที่ บ้าน

8.การทำงานประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT Integration) นักโภชนบำบัดไม่สามารถทำงานแยกส่วนได้ เลย อาหารที่ดีที่สุดจะไม่มีประโยชน์หากผู้สูงอายุกลืนไม่ได้ หรือขัดแย้งกับยาที่แพทย์สั่ง

8.1 ทำงานร่วมกับแพทย์ ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่า Albumin, ค่าการทำงานของไต BUN/Cr เพื่อปรับแผนอาหาร และให้ข้อเสนอแนะในการสั่งจ่ายอาหารทางการแพทย์ (Medical formula) หรือวิตามินเสริม

8.2 ทำงานร่วมกับนักกายภาพบำบัด (PT) เมื่อ PT ฝึกออกกำลังกายเพื่อสร้างกล้ามเนื้อ นักโภชนบำบัด ต้องเสริม "โปรตีน" ให้เพียงพอ (เช่น เวย์โปรตีน หรือไข่ขาว) หากกินโปรตีนไม่ถึง การทำกายภาพก็จะไม่เกิดการสร้าง กล้ามเนื้อ (Sarcopenia Management)

8.3 ทำงานร่วมกับเภสัชกร ตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างอาหารกับยา (Food-Drug Interactions) เช่น การ ห้ามกินผักใบเขียวจัด วิตามินเคสูง ในปริมาณที่ไม่สม่ำเสมอ สำหรับผู้ป่วยที่กินยาละลายลิ่มเลือด (Warfarin)

8.4 ทำงานร่วมกับพยาบาลและนักกิจกรรมบำบัด (OT) แจ้งพยาบาลเรื่องข้อควรระวังในการป้อน อาหาร และร่วมกับ OT ในการประเมินท่าทางการนั่งกินอาหารที่ปลอดภัย รวมถึงการหาข้อหรือแก้วน้ำที่ออกแบบ พิเศษให้ผู้สูงอายุที่มีมือสั่นสามารถถืออาหารกินเองได้

7. นักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker) ในทีมสหสาขาวิชาชีพ

นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ประเมินและจัดการปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถ เข้าถึงบริการและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

1. ประเมินสภาวะทางสังคม (Social Assessment): ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ภาระของผู้ดูแล (Caregiver Burden) และสภาพความเป็นอยู่เพื่อค้นหาความเสี่ยง เช่น การถูกทอดทิ้ง หรือความรุนแรงในครอบครัว

2. ประสานสิทธิ์และทรัพยากร ช่วยเหลือผู้สูงอายุและญาติในการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการของรัฐ กองทุนท้องถิ่น หรือสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย (ศศิพัฒน์ และคณะ, 2560)

3. การจัดการรายกรณีในชุมชน (Community Case Management) ทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนในพื้นที่ (เช่น ชุมชนคุ้มตะเภา) เพื่อวางแผนการดูแลระยะยาว และเชื่อมโยงนวัตกรรมทางสังคมตามโมเดล URU-SMART ให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมและไม่โดดเดี่ยว

8 นักจิตวิทยาหรือนักให้คำปรึกษา (Psychologist)

นักจิตวิทยามุ่งเน้นการรักษาสมรรถนะด้าน "สุขภาพจิต (Psychological)" ซึ่งเป็น 1 ใน 6 มิติหลักของ ICOPE เพื่อป้องกันและบำบัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

1. ประเมินสุขภาพจิตเชิงลึก ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความรู้คิด (Cognition) เพื่อระบุปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

2. บำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) ให้การปรึกษา (Counseling) ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง

3. บูรณาการสุนทรียภาพทางการแพทย์ ร่วมกับพยาบาลออกแบบกิจกรรมบำบัดที่ใช้ศิลปะ ดนตรี หรือการระลึกความหลัง (Reminiscence Therapy) เพื่อสร้างความสุขและเห็นคุณค่าในตนเอง (นริรัตน์ และคณะ, 2567)

9. นักวิชาการ (Academic/Researcher)

นักวิชาการโดยเฉพาะจากคณะพยาบาลศาสตร์หรือคณะสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นฟันเฟืองสำคัญที่ช่วยยกระดับจากการทำงานแบบกิจวัตรสู่การทำงานบนฐานของความรู้และนวัตกรรม (Evidence-Based Practice) นักวิชาการไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่การสอนในห้องเรียน แต่คือ ผู้สร้างสะพานความรู้ (Knowledge Bridge) ที่เชื่อมโยงทฤษฎีสากลเข้ากับวิถีชีวิตจริงของชุมชนคุ้มตะเภาครับ โดยมีบทบาทหน้าที่หลักดังนี้

1. ผู้ขับเคลื่อนการพยาบาลบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice Mentor) ทำหน้าที่สืบค้นและสังเคราะห์งานวิจัยล่าสุด (เช่น แนวคิด ICOPE, การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้สูงอายุ) แล้วนำมาสรุปให้ทีมผู้ปฏิบัติงาน (พยาบาลบ้าน, อสม.) เข้าใจง่ายและนำไปใช้ได้จริง

2. ช่วยทีมออกแบบแนวปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines: CPG) ที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูง เพื่อรับประกันว่าผู้สูงอายุจะได้รับบริการที่เป็นมาตรฐานสากลแต่มีความปลอดภัย (Mofina et al., 2022)

2. ผู้ออกแบบและประเมินนวัตกรรม (Innovation Designer & Evaluator)

3. ทำงานร่วมกับพยาบาลและชุมชนเพื่อสร้าง "นวัตกรรมสุนทรียภาพทางการแพทย์" และ "นวัตกรรมสังคม"

4. นักวิชาการจะช่วยวิเคราะห์ว่า ภูมิปัญญาสมุนไพรท้องถิ่น หรือผ้าทอธรรมชาติ สามารถนำมาใช้ในเชิงบำบัดได้อย่างไร โดยใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อประเมินผลลัพธ์ว่านวัตกรรมนั้นช่วยลดภาวะซึมเศร้าหรือเพิ่มสมรรถนะทางกายได้จริงหรือไม่ (นริรัตน์ และคณะ, 2567)

5. ผู้จัดการระบบความรู้และถอดบทเรียน (Knowledge Management & Lesson Learned) ทำหน้าที่ถอดบทเรียนจากการทำงานของทีม MDT เพื่อค้นหา "ปัจจัยแห่งความสำเร็จ" (Key Success Factors) หรือ "อุปสรรค" ในการทำงานร่วมกัน

6. จัดทำคลังความรู้ (Hub of Knowledge) เพื่อเผยแพร่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของ URU ไปยังพื้นที่อื่น สร้างชื่อเสียงและการยอมรับในระดับนโยบาย (สมศักดิ์ และคณะ, 2566)

7. ผู้เชื่อมโยงทรัพยากรและเครือข่ายวิชาการ (Academic Networker) ประสานงานกับหน่วยงานภายนอก เช่น กองทุน สปสช. หรือสถาบันวิจัยต่างๆ เพื่อจัดหางบประมาณสนับสนุนการทำวิจัยในพื้นที่และการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ

8. การทำงานประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT Integration)

8.1 พยาบาล และ MDT เป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยจากงานประจำ (R2R) และช่วยวางระบบการเก็บข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ

8.2 ผู้นำชุมชน และ อสม. ลงพื้นที่ถ่ายทอดเทคโนโลยีและองค์ความรู้ (Knowledge Transfer) ด้วยภาษาที่ง่ายเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

8.3 นักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกันประเมินผลกระทบทางสังคม (Social Impact) ของโครงการต่างๆ เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารมหาวิทยาลัยและท้องถิ่น

9. ความสำคัญและระดับความน่าเชื่อถือ

ระดับความน่าเชื่อถือ (Level I - VII) นักวิชาการคือผู้ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลในทุก ระดับ ตั้งแต่การทบทวนวรรณกรรมระดับ meta-analysis ไปจนถึงการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ หากขาดนักวิชาการ การดูแลอาจเป็นเพียง "กิจกรรม" ที่ทำแล้วจบไป แต่นักวิชาการจะทำให้เกิด "ระบบ" ที่มีการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Learning Health System)

10. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อสม. คือผู้จัดการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนแนวคิด ICOPE ในระดับปฏิบัติการ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการในไทย (เช่น สมศักดิ์ และคณะ, 2566) ยืนยันว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชนคือปัจจัยชี้วัดความยั่งยืนของระบบการดูแลระยะยาว (Long-term Care) การทำงานของผู้นำชุมชนและ อสม. คือแกนหลักที่เปลี่ยนบทบาทของชุมชนจาก "ผู้รับบริการ" มาเป็น "เจ้าของระบบสุขภาพ" ร่วมกับการสถาบันการศึกษา บทบาทของ อสม. มีดังนี้ (กรมอนามัย, 2564; สมศักดิ์ และคณะ, 2566)

1. เฝ้าระวังและคัดกรองเบื้องต้น ทำหน้าที่เป็น "ด่านหน้า" ในการคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุ (เช่น การวัดความดัน, การใช้แบบประเมินความจำหรือการเคลื่อนไหวเบื้องต้น) และรายงานผลให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ทราบผ่านระบบสื่อสารดิจิทัล

2. ผู้ช่วยเหลือด้านโภชนาการและสุขอนามัย ติดตามการรับประทานอาหารและยาตามคำแนะนำของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการและการใช้ยาผิด

3. การเชื่อมต่อข้อมูลชุมชน ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับวิถีชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุแก่ทีม MDT เพื่อนำไปออกแบบ "นวัตกรรมสุนทรียภาพทางการพยาบาล" ที่สอดคล้องกับความชอบรายบุคคล

4. การทำงานประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT Integration)

4.1 พยาบาล / แพทย์ อสม. ทำหน้าที่ติดตามผล (Follow-up) และแจ้งเตือนเมื่อพบอาการผิดปกติเชิงรุก ก่อนที่อาการจะรุนแรง

4.2 นักโภชนาการ / เภสัชกร อสม. ช่วยสังเกตการกินอาหารและยาที่บ้าน และแนะนำเมนูท้องถิ่นที่ถูกหลักโภชนาการให้แก่ญาติ

11. บทบาทผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชน (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, คณะกรรมการหมู่บ้าน) ทำหน้าที่เป็น "ผู้จัดระบบ" ทรัพยากรและนโยบายระดับพื้นที่ ผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญ ดังนี้ (วรรณ และคณะ, 2566; วิพรรณ และคณะ, 2562)

1. จัดการทุนทางสังคมและทรัพยากร สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนท้องถิ่นเพื่อจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น เตียงปรับระดับ หรือการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยตามคำแนะนำของนักกิจกรรมบำบัด
2. ส่งเสริมภูมิปัญญาสมุนไพรท้องถิ่น ขับเคลื่อนโครงการปลูกและแปรรูปสมุนไพรพื้นถิ่น เช่น ในพื้นที่คังตะเกา เพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและสร้างกิจกรรมสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า
3. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล จัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อเป็นพื้นที่รวมกลุ่ม (Social Engagement) และการจัดกิจกรรมร่วมกับมหาวิทยาลัย
4. การทำงานประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT Integration)
 - 4.1 นักกายภาพ / นักกิจกรรม ผู้นำชุมชนจัดหางบประมาณหรือแรงงานอาสาเพื่อปรับพื้นที่บ้าน (เช่น ทำทางลาด, ติดราวเกาะ) ตามที่ทีมแนะนำ
 - 4.2 นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำชุมชนช่วยรับรองสถานะและประสานสิทธิสวัสดิการของผู้สูงอายุกลุ่มยากลำบาก



2.3 ระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล

การวางระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล เป็นกลไกที่สำคัญที่สุดของทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) เนื่องจากความคลาดเคลื่อนในการส่งต่อข้อมูลคือสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดข้อผิดพลาดทางการรักษาและลดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (รัตน และคณะ, 2564) ระบบการสื่อสารของทีมสหสาขาวิชาชีพควรประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

การใช้เครื่องมือสื่อสารที่มีมาตรฐาน (Standardized Communication Tools) การสื่อสารข้ามวิชาชีพ เช่น ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ หรือเภสัชกร มักพบปัญหาความเข้าใจคลาดเคลื่อนเนื่องจากใช้ภาษาหรือกรอบความคิดที่ต่างกัน การนำเครื่องมือมาตรฐานมาใช้ เช่น **รูปแบบ SBAR** (Situation, Background, Assessment, Recommendation) จะช่วยจัดระเบียบความคิดให้กระชับและตรงประเด็น ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาและข้อผิดพลาดทางคลินิกได้อย่างมีนัยสำคัญ (Mofina et al., 2022)

2. ระบบบันทึกข้อมูลและแพลตฟอร์มร่วม ระบบสุขภาพแบบดั้งเดิมมักมีแฟ้มประวัติแยกกันตามวิชาชีพทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการซักประวัติ การดูแลแบบบูรณาการตามแนวคิด ICOPE จำเป็นต้องมีระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) ที่ทุกคนในทีมเข้าถึงได้แบบเรียลไทม์ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและระบบแพทย์ทางไกล (Telehealth) ยังช่วยเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและผู้ดูแลในชุมชนได้อย่างไร้รอยต่อ (Wang et al., 2022; สุภัทรา และคณะ, 2567)

ปัจจุบันโรงพยาบาลอุตรดิตถ์มีแฟ้มประวัติผู้สูงอายุส่วนบุคคล (Personal Health Record) แบบรวมศูนย์ ที่ทีมสามารถล็อกอินเข้าไปอัปเดตข้อมูลการประเมิน CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) ร่วมกันได้

3. การประชุมวางแผนการดูแลร่วมกัน (MDT Case Conference)

แพลตฟอร์มดิจิทัลไม่สามารถทดแทนการปรึกษาหารือแบบเผชิญหน้าได้ การจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอเพื่อทบทวนแผนการดูแล (Care Plan) เป็นสิ่งจำเป็น สิ่งสำคัญที่สุดในการประชุมคือให้ทุกวิชาชีพ รวมถึงตัวแทนชุมชน กล่าวสะท้อนปัญหาและแสดงความคิดเห็นโดยไม่รู้สึกถูกจับผิด (Stoop et al., 2021)

4. ระบบการดูแลและเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care & Handoff Protocols) จุดที่เปราะบางที่สุดของการส่งต่อข้อมูลคือช่วงเปลี่ยนผ่าน เช่น ย้ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ศูนย์ดูแลหรือกลับบ้าน ระบบที่สมบูรณ์ต้องมี "ผู้ประสานงานหลัก (Node)" ซึ่งมักเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่สรุปแผนการรักษา จัดการเรื่องยา และส่งมอบข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดให้กับอาสาสมัคร หรือญาติผู้ดูแลในชุมชน (พรทิพย์ และคณะ, 2565) การประสานงานที่รัดกุมในระยนี้จะช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Readmission) ได้อย่างชัดเจน (Kuluski et al., 2021)

แนวคิดการดูแลแบบบูรณาการ

บทนำ

สถานการณ์และความท้าทาย คลื่นแห่งสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ได้พัดพาความเปลี่ยนแปลงมาสู่ระบบสาธารณสุขทั่วโลก ปัญหาที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญไม่ได้จำกัดอยู่เพียงโรคติดเชื้อเฉียบพลันหรือการเจ็บป่วยเพียงอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งอีกต่อไป แต่กลับกลายเป็นความซับซ้อนของ "ภาวะพหุสัณฐาน" (Multimorbidity) และความเสื่อมถอยของร่างกายที่มาพร้อมกับปัญหาทางจิตสังคม ความซับซ้อนนี้เป็นสัญญาณเตือนว่า รูปแบบการรักษาแบบแยกส่วน หรือการต่างคนต่างทำตามความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อาจไม่ใช่คำตอบที่เพียงพอสำหรับการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุอีกต่อไป

องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้เสนอแนวคิด "การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ" (Integrated Care for Older People: ICOPE) เป็นยุทธศาสตร์ใหม่ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ แนวคิดนี้ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการ "รักษาโรคให้หาย" แต่ให้ความสำคัญสูงสุดกับการ "คงไว้ซึ่งขีดความสามารถภายใน (Intrinsic Capacity)" ของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ (Functional Ability) และดำเนินชีวิตได้ตามที่ตนปรารถนาการเปลี่ยนผ่านระหว่างวิชาชีพเพื่อสร้างระบบนิเวศการดูแลใหม่สำหรับผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง หัวใจสำคัญของ ICOPE

ไม่ใช่เพียงเครื่องมือคัดกรองหรือคู่มือปฏิบัติงาน แต่คือ "คน" และ "กลไกการทำงานร่วมกัน" แบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) ที่บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ต้องประสานการทำงานสอดคล้องกัน และขยายขอบเขตไปสู่มิติสหสาขาวิชาการ (Transdisciplinary) ที่ก้าวข้ามกรอบของวิทยาศาสตร์สุขภาพ ไปผสมผสานกับศาสตร์ด้านสังคมสงเคราะห์ สถาปัตยกรรม การออกแบบที่อยู่อาศัย และวิศวกรรมสังคม เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลที่ไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

"ICOPE ไม่ใช่เพียงแนวทางการรักษาโรค แต่เป็นกระบวนการ Integrated Care ที่เชื่อมโยง คนทำงานของทีมนสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) และสหสาขาวิชาการ (Academic Disciplines) เข้าด้วยกัน เพื่อรักษาระดับความสามารถภายใน (Intrinsic Capacity) ให้ยาวนานที่สุด"

แนวคิดพื้นฐานของ ICOPE

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ระบบสุขภาพกำลังเผชิญกับความท้าทายจากความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป จากโรคเฉียบพลันสู่โรคเรื้อรังและความเสื่อมถอยที่ต้องการการดูแลระยะยาว สถานการณ์ดังกล่าวบ่งชี้ว่ารูปแบบการพยาบาลและการแพทย์แบบดั้งเดิม (Traditional Care) ที่เน้นการรักษาแยกส่วนตามอวัยวะ อาจไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกต่อไป องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จึงได้ประกาศแนวทาง ICOPE (Integrated Care for Older People) เพื่อเป็นยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับโลกในการรองรับสังคมสูงวัย โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การรักษาระดับ ความสามารถที่แท้จริง (Intrinsic Capacity) ของผู้สูงอายุให้คงอยู่ได้ยาวนานที่สุด แทนที่จะมุ่งเน้นเพียงการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว (WHO, 2017) แนวคิดนี้เปลี่ยนกระบวนการทัศน์จากการดูแลแบบแยกส่วนมาสู่การดูแลแบบบูรณาการที่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Integrated Care) ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลากหลายศาสตร์และวิชาชีพ (Briggs et al., 2018)

เป้าหมายหลัก

หัวใจสำคัญของ ICOPE ไม่ได้จำกัดเพียงการปราศจากโรค แต่เป้าหมายสำคัญ คือการส่งเสริม "พหุติพลัง" (Healthy Ageing) ซึ่งหมายถึงกระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Ability) ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเป็นและทำในสิ่งที่ตนให้คุณค่าได้ เป้าหมายนี้ขับเคลื่อนด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ

1. ชีตความสามารถภายใน (Intrinsic Capacity - IC) หมายถึง ผลรวมของชีตความสามารถทางกายและทางจิตใจทั้งหมดที่ผู้สูงอายุมี ประกอบด้วย 5 ด้านหลัก Intrinsic Capacity (IC) หรือ ศักยภาพภายในตามแนวทาง ICOPE ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ด้านที่สะท้อนสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินและชะลอความเสื่อมถอย ได้แก่ การเคลื่อนไหว (Locomotor), ความคิดและความจำ (Cognitive), การมองเห็น (Visual), การได้ยิน (Hearing) และความมีชีวิตชีวา (Vitality)

2. ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Ability) เป็นผลลัพธ์จากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างชีตความสามารถภายใน (IC) กับ สภาพแวดล้อม (Environment) ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

กระบวนการให้บริการตามแนวทาง ICOPE (The ICOPE Care Pathway)

การนำแนวคิด ICOPE สู่การปฏิบัติ ประกอบด้วยกลไกการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและกระบวนการสร้างนวัตกรรมเชิงกระบวนการ (Process Innovation) ดังนี้

1.การคัดกรองความเสี่ยง(Screening for Decline in Intrinsic Capacity) มุ่งเน้นการค้นหาค่าผิดปกติเบื้องต้นในชุมชน เพื่อให้การดูแลเชิงรุกก่อนเกิดภาวะพึ่งพิง

2.การประเมินที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Assessment) การประเมินความต้องการแบบองค์รวม ทั้งมิติกาย จิต และสังคม โดยพยาบาลต้องใช้ทักษะความเข้าใจในมนุษย์ (Empathy) เพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริง

3. การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Personalized Care Plan) การกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล

4. การดูแลและการติดตามผล (Ensure Referral Pathway & Monitoring): การเชื่อมโยงบริการจากระดับปฐมภูมิสู่ระดับเชี่ยวชาญ และการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้ดูแล (Engage Communities and Caregivers): การสร้างระบบสนับสนุนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างนวัตกรรมบริการที่ยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

6. การบูรณาการสู่ระบบบริการสุขภาพ (Systems Integration) ความสำเร็จของ ICOPE ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Health System Transformation) ซึ่งถือเป็น นวัตกรรมเชิงระบบ (System Innovation) รูปแบบหนึ่ง โดยการเชื่อมโยงบริการใน 3 ระดับ ดังนี้

6.1ระดับจุลภาค (Micro Level) คือปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและผู้สูงอายุรายบุคคล

6.2 ระดับมัธยมภาค (Meso Level): การบริหารจัดการองค์กรหรือเครือข่ายบริการ เช่น การพัฒนารูปแบบศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ ที่มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

6.3 ระดับมหภาค (Macro Level): นโยบายสาธารณะและการสนับสนุนทรัพยากร

ถอดรหัส ICOPE สู่การปฏิบัติ

I – Integrated: การบูรณาการบริการ

การบูรณาการ หมายถึง การเชื่อมโยงบริการสุขภาพ (Health Services) และบริการทางสังคม (Social Services) เข้าด้วยกันอย่างไร้รอยต่อ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการ โดยอาศัยโครงสร้างพื้นฐานทางสหสาขาวิชาการ เช่น การใช้วิทยาการข้อมูล (Data Science) ในการเชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพ และนโยบายสาธารณะ (Public Policy) ที่เอื้อต่อการดำเนินงานข้ามหน่วยงาน (WHO, 2019)

C – Care: การดูแล

การดูแล หมายถึง กระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง (Screening) การประเมิน (Assessment) การวางแผนดูแล (Care Plan) และการติดตามผล (Follow-up) ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) ครอบคลุม ชุมชน (Beard et al., 2016)

O – Older People

ผู้สูงอายุและ Intrinsic Capacity หัวใจสำคัญของ ICOPE คือการประเมินสมรรถนะของผู้สูงอายุครอบคลุม 5 มิติ (Domains of Intrinsic Capacity)

PE - People-Centered ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

การดูแลต้องเคารพในศักดิ์ศรี ความต้องการ และเป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับหลักจริยศาสตร์ (Ethics) และสิทธิมนุษยชน (Human Rights) การตัดสินใจในการรักษาต้องผ่านกระบวนการ Shared Decision Making ระหว่างทีมผู้รักษา ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล (WHO, 2017; Briggs et al., 2018)

แนวคิด ICOPE ถือเป็นกระบวนทัศน์ใหม่ที่สอดคล้องกับทิศทางการวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลในปัจจุบัน ที่มุ่งเน้นการสร้างระบบการดูแลที่ตอบสนองต่อสังคมผู้สูงอายุ (Social Responsiveness) การประยุกต์ใช้ ICOPE จึงไม่ใช่เพียงหน้าที่ของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง แต่เป็นการบูรณาการความเชี่ยวชาญทางคลินิก หลักฐานเชิงประจักษ์ และนวัตกรรมการบริหารจัดการ เข้าด้วยกันเพื่อคุณภาพชีวิตสูงสุดของผู้สูงอายุ การขับเคลื่อน ICOPE ให้ประสบความสำเร็จ ไม่สามารถพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์เพียงฝ่ายเดียวได้แต่ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง และองค์ความรู้ สหสาขาวิชาการ ที่สนับสนุนอยู่เบื้องหลังเพื่อสร้างนวัตกรรมและระบบนิเวศที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ICOPE-Uttaradit Model

ICOPE-Uttaradit Model เป็นรูปแบบการประเมินและดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการเชิงรุก ประจำจังหวัดอุดรดิตถ์ โมเดลนี้ ได้นำกรอบการทำงานระดับโลก (WHO ICOPE) มาประยุกต์ใช้กับระบบสาธารณสุขและบริบทของชุมชนในจังหวัดอุดรดิตถ์ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการนี้เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และเชื่อมโยงบริการสุขภาพ โรงพยาบาล และชุมชนเข้าด้วยกันโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การพัฒนาผู้ดูแล และศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี อยู่บ้านได้อย่างมีคุณค่า ชะลอความเสื่อมและรักษาสรรพคุณของร่างกายให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้นานที่สุดและมีชุมชนร่วมดูแลอย่างยั่งยืนสามารถอธิบายความหมายของตัวอักษรแต่ละตัวได้ดังนี้ โดยปรับให้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) และบริบทของจังหวัดอุดรดิตถ์ ที่เน้นการบูรณาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ICOPE-UTTARADIT Model

ตัวอักษร	ความหมาย
I	การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care) คือ การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว
C	การประสานการดูแล (Care Coordination) คือ การเชื่อมโยงข้อมูลและการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัคร
O	ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (Older Person) คือ ผู้สูงอายุเป็นหัวใจของระบบบริการ โดยเน้นคุณภาพชีวิตและสมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity)
P	แผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Person-Centered Plan) คือ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลตามความต้องการและศักยภาพ

ตัวอักษร	ความหมาย
E	การเสริมพลังและการมีส่วนร่วม (Empowerment & Engagement) คือ การสร้างศักยภาพให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง
U	เครือข่ายเอกภาพ (Unity Network) คือ การรวมพลังของทุกภาคส่วนในจังหวัดอุดรดิตถ์ ทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน
T	ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี (Technology-Driven) คือ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Telehealth, E-health records
T	การฝึกอบรมและถ่ายทอดความรู้ (Training & Transfer) คือ พัฒนาผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และบุคลากรในพื้นที่ให้มีสมรรถนะตาม ICOPE
A	การส่งเสริมพลัง (Active Aging) คือ เป้าหมายในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอุดรดิตถ์มีสุขภาพแข็งแรง กระฉับกระเฉง และพึ่งพาตนเองได้
R	การฟื้นฟูความเข้มแข็ง (Resilience) คือ การเน้นประเมินความถดถอย 6 ด้าน (Intrinsic Capacity) และริบฟื้นฟูสมรรถนะให้ผู้สูงอายุกลับมาเข้มแข็ง เพื่อป้องกันการติดบ้านและติดเตียง
A	ศูนย์ประเมินและติดตามสุขภาพ (Active Aging Academy Hub) คือ พัฒนา “ศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ” สำหรับการประเมินสุขภาพและอบรมผู้ดูแล
D	การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ (Data Integration) คือ สร้างฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการระดับจังหวัด
I	นวัตกรรมและการนำสู่ปฏิบัติ (Innovation & Implementation) คือ ส่งเสริมนวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่จริง
T	การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบดูแลผู้สูงอายุยั่งยืน (Transformation) คือ ขับเคลื่อนจังหวัดอุดรดิตถ์สู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged society)

ระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

การพัฒนาระบบและกลไกเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการผู้สูงอายุแบบครบวงจรตามแนวคิด ICOPE (Integrated Care for Older People) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญอยู่ที่การคงไว้ซึ่งสมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity - IC) เพื่อป้องกันภาวะพึ่งพิงและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

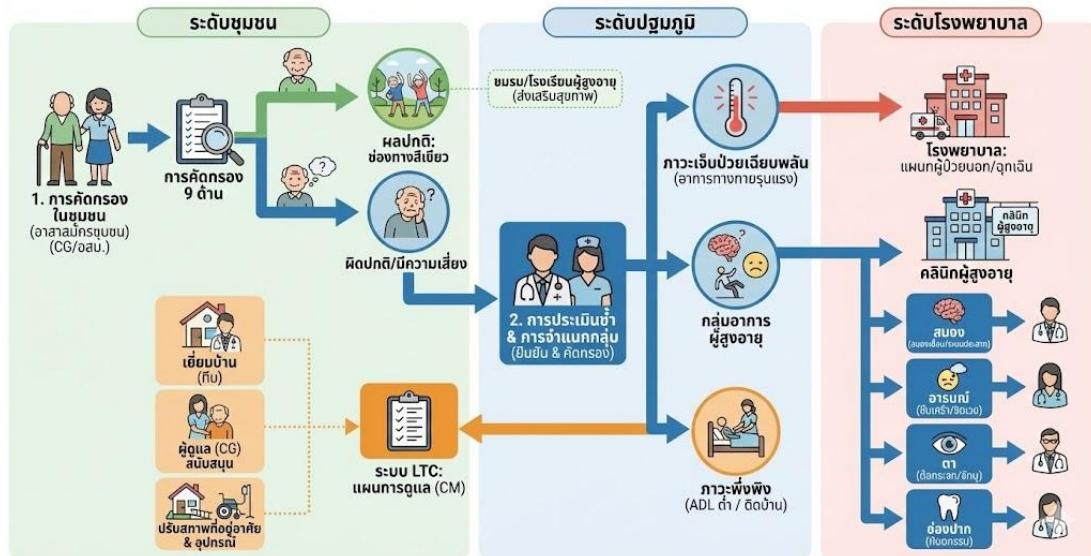
โครงสร้างของระบบ เป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุเชื่อมโยงระหว่าง ชุมชน และสถานบริการสาธารณสุข โดยมีผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง

ระดับชุมชน (Community Level) อสม., Caregiver (CG), ผู้นำชุมชน มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองเบื้องต้น ติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม

ระดับปฐมภูมิ (Primary Care Level) รพ.สต., ศูนย์แพทย์ชุมชน, Care Manager (CM) มีบทบาท คือ ประเมินละเอียด วางแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) ส่งการรักษาเบื้องต้น

ระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ (Referral Level) โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป มีบทบาท รักษาโรค เฉพาะทางฟื้นฟูสมรรถภาพขั้นสูง Geriatric Clinic

ระบบการประเมินและการส่งต่อผู้สูงอายุแบบครบวงจร



ภาพที่ 1 ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ผลลัพธ์(Output & Outcome)

- เป้าหมายระยะสั้นคือการชะลอความเสื่อม หรือฟื้นฟูสมรรถนะภายใน 5 ด้าน คือ การเคลื่อนไหว โภชนาการ การรับรู้ สมอง จิตใจ
- เป้าหมายระยะยาว หรือเป้าหมายสูงสุด คือ ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Ability) สามารถใช้ชีวิตได้อิสระตามอัตภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้จะมีโรคเรื้อรังก็ตาม

กลไกการให้บริการผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

กลไกการให้บริการ 5 ขั้นตอน กลไกนี้ขับเคลื่อนผ่าน 5 ขั้นตอนหลัก (ICOPE Steps) เพื่อให้กระบวนการประเมินและส่งต่อผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Comprehensive Elderly Assessment and Referral Process) ที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านสุขภาพ สังคม และสภาพแวดล้อม โดยเน้นหลักการ Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) ซึ่งเหมาะสำหรับการนำไปปรับใช้ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง 5 ขั้นตอนตามแนวทางของ WHO ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองเบื้องต้นในชุมชน การคัดกรองที่สำคัญ คือ ความถดถอย 6 ด้าน (Intrinsic Capacity) ได้แก่ การมุ่งประเมินสมรรถนะสำคัญของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเคลื่อนไหว, ภาวะโภชนาการ, การมองเห็น, การได้ยิน, ความจำ/สติปัญญา, และอารมณ์/ภาวะซึมเศร้า

ขั้นที่ 1 การคัดกรองความถดถอยของสมรรถนะ (Screening) เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อหาความเสี่ยงหรือความถดถอยของสมรรถนะร่างกาย (Intrinsic Capacity) ใน 6 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว, ภาวะ

โภชนาการ, การมองเห็น, การได้ยิน, ความจำ/สติปัญญา และสภาพอารมณ์/ภาวะซึมเศร้า ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) โดยใช้เครื่องมือคัดกรองแบบง่าย (ICOPE Screening Tool)

ขั้นที่ 2 การประเมินอย่างละเอียดโดยเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centred Assessment) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมประเมินสภาวะของผู้สูงอายุอย่างละเอียด เพื่อจัดกลุ่ม ถ้าพบความถดถอยจากการคัดกรองในขั้นที่ 1 จะต้องนำผู้สูงอายุเข้าสู่การประเมินเชิงลึก เพื่อหาสาเหตุของปัญหาทางการแพทย์ สภาพแวดล้อม และข้อจำกัดทางสังคม รวมถึงประเมินความต้องการของตัวผู้สูงอายุเอง

ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Personalized Care Plan) ทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ร่วมกับผู้สูงอายุและครอบครัว นำข้อมูลจากการประเมินในขั้นที่ 2 มาวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน โดยเน้นการตั้งเป้าหมายที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ แผนนี้อาจรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทำกายภาพบำบัด การจ่ายยา หรือการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การส่งต่อและดูแลอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Care) ทีมผู้ให้บริการสาธารณสุขในทุกกระดับ รพ.สต. เชื่อมโยงกับ รพช. และ รพท./รพศ. โดยเชื่อมโยงข้อมูลและการทำงานร่วมกันตั้งแต่ระดับครอบครัว, อสม., ชุมชน, รพ.สต., ไปจนถึงโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อให้ผู้สูงอายุในอุตรดิตถ์ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ถ้าการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ หากพบว่าปัญหามีความซับซ้อนเกินกว่าระดับปฐมภูมิจะจัดการได้ จะต้องมีการส่งต่อ (Referral) ไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลศูนย์อย่างรวดเร็ว และที่สำคัญคือต้องมีการติดตามผล (Follow-up) เป็นระยะว่าสมรรถนะของผู้สูงอายุดีขึ้นหรือทรงตัวหรือไม่

ขั้นที่ 5 การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนผู้ดูแล (Engaging Communities and Supporting Caregivers) ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานพัฒนาสังคม มีส่วนร่วมในการจัดระบบนิเวศรอบตัวผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ ขั้นตอนนี้เน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการดูแลสุขภาพจิตของ "ผู้ดูแล (Caregiver)" เพื่อป้องกันภาวะเครียดหรือเหนื่อยล้า (Caregiver burden) รวมถึงการสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ หรือตั้งชุมชน/อปท. เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิต



การคัดกรองสมรรถนะภายใน

การคัดกรองสมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity) ตามแนวทาง Integrated Care for Older People (ICOPE) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นกระบวนการประเมินเชิงรุกเพื่อค้นหาความบกพร่องในระยะเริ่มต้น (Early decline) โดยเน้นมิติที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตอิสระของผู้สูงอายุ 6 ด้าน ดังนี้

1. ความรู้คิด (Cognition) เป้าหมาย เพื่อคัดกรองภาวะความจำบกพร่องหรือภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น

วิธีคัดกรอง ใช้การทดสอบความจำ (Recall) โดยให้จำคำ 3 คำ และการถามทิศทาง วัน เวลา

สถานที่ (Orientation)

เกณฑ์การส่งต่อ หากจำคำไม่ได้ทั้ง 3 คำ หรือตอบวัน/เวลา/สถานที่ผิดอย่างใดอย่างหนึ่ง ถือว่า

ผิดปกติ (World Health Organization [WHO], 2019)

2. การเคลื่อนไหว (Locomotion) เป้าหมาย เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างและการทรงตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

วิธีคัดกรอง: ใช้แบบทดสอบลุก-นั่งบนเก้าอี้ 5 ครั้ง (Chair Rise Test) โดยให้กอดอกลูกยืนและนั่งลงสลับกัน

เกณฑ์การส่งต่อ: หากใช้เวลาในการทำมากกว่า 14 วินาที แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยหรือสูญเสียการทรงตัว (WHO, 2019; สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2566)

3. โภชนาการ (Vitality/Nutrition) เป้าหมาย เพื่อคัดกรองภาวะทุพโภชนาการที่ส่งผลกระทบต่อพลังและมวลกล้ามเนื้อ

วิธีคัดกรอง ประเมินจากการลดลงของน้ำหนักตัวโดยไม่ได้ตั้งใจ และการลดลงของความอยากอาหาร

เกณฑ์การส่งต่อ น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัมภายใน 3 เดือน หรือรับประทานอาหารได้น้อยลงอย่างเห็นได้ชัด (กรมอนามัย, 2564)

4. การมองเห็น (Vision) เป้าหมาย เพื่อค้นหาปัญหาทางจักษุที่ขัดขวางการทํากิจวัตรประจำวันและเพิ่มความเสี่ยงอุบัติเหตุ

วิธีคัดกรอง: ใช้การสอบถามปัญหาการมองเห็นเบื้องต้น (เช่น มองตัวเลขหรือทีวีไม่ชัด) และการทดสอบ Snellen Chart หรือนับนิ้วในระยะที่กำหนด

เกณฑ์การส่งต่อ: มีปัญหาในการอ่านหนังสือ มองไกล หรือตรวจพบความผิดปกติของสายตา แม้จะใช้แว่นสายตาเดิม (WHO, 2019)

5. การได้ยิน (Hearing) เป้าหมายเพื่อ ตรวจสอบความสามารถในการสื่อสารและการรับรู้สิ่งแวดล้อม

วิธีคัดกรอง ใช้การทดสอบด้วยการกระซิบข้างหู (Whisper Voice Test) ในระยะ 60 เซนติเมตร

เกณฑ์การส่งต่อ หากไม่สามารถได้ยินหรือตอบคำถามจากการกระซิบได้ถูกต้องเกินครึ่งหนึ่ง ถือว่ามีความบกพร่องทางการได้ยิน (กรมอนามัย, 2564; WHO, 2019)

6. สุขภาพจิต (Psychological) เป้าหมาย เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

วิธีคัดกรอง ใช้คำถามคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เกี่ยวกับความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หรือหมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ

เกณฑ์การส่งต่อ หากตอบ "มี" ในข้อใดข้อหนึ่ง จำเป็นต้องประเมินด้วยแบบวัดความซึมเศร้า เช่น 9Q หรือ TGD ต่อไป (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2566)

การพัฒนาแนวทางการดูแล

วิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

1. สืบค้นผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่อง แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ทั้งจากการศึกษาภายในประเทศและ ต่างประเทศ โดยการศึกษาภายในประเทศไทยได้รวบรวมจากฐานข้อมูลใน PubMed, The Cochran Library, World Health Organization, Science Direct จากรายงานวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับปริญญาโท และปริญญาเอก และทำการคัดเลือกแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับในต่างประเทศ เพื่อ นำมาประกอบการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้

2. ประชุมคณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการคัดเลือกผลการศึกษาวิจัยที่นำมาประกอบ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติโดยพิจารณาจากคุณสมบัติของงานวิจัย ในด้าน

2.1 กลุ่มประชากรตัวอย่างที่การศึกษานั้นครอบคลุมถึง ตรงกับกลุ่มผู้สูงอายุที่แนวทางเวชปฏิบัติ ฉบับนี้ถูกนำไปใช้ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ทั้งขณะที่กำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล และกำลังได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน

2.2 รูปแบบการศึกษาวิจัย เช่น การออกแบบการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3. การให้ความเห็นของคณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการจัดลำดับคุณภาพของงานวิจัยที่นำมาประกอบการทำแนวทางเวชปฏิบัติโดยจัดลำดับคุณภาพของหลักฐาน ดังนี้

ระดับ I หลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาที่มีการควบคุมแบบสุ่ม (randomized controlled trial) อย่างน้อย 1 การศึกษา หรือการศึกษาแบบ meta-analysis ที่ใช้การศึกษาแบบที่มี การควบคุมแบบสุ่ม หรือเป็นหลักฐานที่ได้จาก clinical practice guideline ที่เป็น มาตรฐานแล้ว

ระดับ II หลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาที่มีการควบคุมโดยไม่มีสุ่ม (non-randomized controlled trial) อย่างน้อย 1 การศึกษา หรือการศึกษาแบบทดลองอย่างน้อย 1 การศึกษา

ระดับ III หลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาที่ไม่ใช่การทดลอง เช่น การศึกษาแบบ comparative หรือ แบบ correlation หรือแบบ case-controlled

ระดับ IV หลักฐานที่ได้มาจากรายงานหรือความเห็น (ฉันทามติ) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ หรือ ประสบการณ์ของนักวิชาการอาวุโส

6. ยกร่างแนวปฏิบัติและนำไปทดลองใช้และนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้สามารถนำไปใช้ได้จริง ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

6. การจัดทำและพิมพ์แนวทางเวชปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ เพื่อการเผยแพร่

7. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติหลังการเผยแพร่แล้วเป็นระยะเวลาตามความเหมาะสม

การสืบค้นและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 1 งานวิจัยและแนวปฏิบัติระดับนานาชาติ (International Studies)

ข้อมูลบรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อเรื่อง)	วัตถุประสงค์ การวิจัย / คำถามการวิจัย	รูปแบบ การศึกษา, กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การรวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัยหลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมาประยุกต์ใช้ กับงานนี้
Tavassoli, N., et al. (2022). Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study.	เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และผลลัพธ์ทางคลินิกของการนำโปรแกรมดูแลแบบบูรณาการมาใช้ในสถานการณ์จริง	Prospective Study กลุ่มตัวอย่าง: ผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่า 8,000 คน	เครื่องมือคัดกรองผ่านแอปพลิเคชัน (Digital Tools) และติดตามผลระยะยาว	การคัดกรองเชิงรุกด้วยเครื่องมือดิจิทัลช่วยให้ค้นพบปัญหาได้เร็ว (Early detection) และสามารถจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care plan) เพื่อชะลอภาวะถดถอยได้จริง	Level IV ข้อจำกัด: ขาดกลุ่มควบคุม (Control group) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์โดยตรง	นำแนวคิดการใช้เครื่องมือคัดกรองที่ใช้งานง่ายไปปรับปรุงแบบฟอร์มเพื่อให้ นักศึกษาพยาบาล หรือ อสม. นำไปลงพื้นที่เก็บข้อมูลในชุมชนคั่งตะเกาได้สะดวกและแม่นยำยิ่งขึ้น
Wang, Y., et al. (2022). Integrated care for older people based on information and communication technology: a scoping review.	เพื่อศึกษาประสบการณ์และผลลัพธ์ของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลแบบบูรณาการ	Scoping Review	ทบทวนวรรณกรรมผ่านฐานข้อมูลหลัก และ Grey Literature	เทคโนโลยีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และการส่งต่อข้อมูลแบบไร้รอยต่อ	Level V ข้อจำกัด: บริบท ความพร้อมด้านเทคโนโลยีในแต่ละประเทศแตกต่างกัน	ประยุกต์ใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาระบบติดตามผู้สูงอายุในแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี เพื่อมุ่งสู่การเป็น Hub of Talent and Knowledge
Valentijn, P. P., et al. (2023). Facilitators and Barriers of Integrated Care for Older Adults with Multimorbidity using Rainbow Model.	เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค	Qualitative Study, บุคลากรทาง การแพทย์ และผู้บริหาร 35 คน	In-depth Interviews, Thematic Analysis	ปัจจัยหลักคือการสื่อสารข้ามสายงานและการมีค่านิยมร่วมกัน ส่วนอุปสรรคคือภาระงานที่ซ้ำซ้อน	Level VI ข้อจำกัด: มุมมองจากฝั่งบุคลากร อาจขาดมุมมองฝั่งผู้รับบริการ	นำโมเดลปัจจัยความสำเร็จนี้ไปใช้ตั้งโจทย์ใน Workshop (MDT Reflection) เพื่อออกแบบแนวปฏิบัติที่ลดไซโลการทำงาน
Gonzalez, A., et al. (2023). Evaluating the design of the Integrated Care for Older People (ICOPE) approach	เพื่อประเมินกรอบแนวคิด (Theory of Change) ของ ICOPE ก่อนนำไปใช้จริงในชุมชน	Action Research, ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 91 คน	Nominal Group Technique, Focus Group	การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เข้ากับบริบทท้องถิ่น ช่วยให้ทีมสุขภาพยอมรับและพร้อมนำไปปฏิบัติจริงมากขึ้น	Level VI ข้อจำกัด: เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่	ใช้เป็นแนวทางในการทำ Table-top Exercise นำร่างแนวปฏิบัติมาจำลองสถานการณ์เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของชุมชน

ข้อมูลบรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อเรื่อง)	วัตถุประสงค์ การวิจัย / คำถามการวิจัย	รูปแบบ การศึกษา, กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การรวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัยหลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมาประยุกต์ใช้ กับงานนี้
in a primary care program.						
Chen, H., et al. (2025). Development of planning of the integrated care for older people in middle-income settings.	เพื่อออกแบบ และวางแผนการใช้การ ดูแลแบบบูรณาการ ในกลุ่ม ประเทศรายได้ ปานกลาง	Mixed- methods Study, ผู้เชี่ยวชาญ 36 คน	แบบสอบถาม และ Group Workshop 5 ระยะ	โมเดลการดูแล ต้องเน้นที่บ้าน (Home-care) และบูรณาการ ทรัพยากรท้องถิ่น เพื่อลดค่าใช้จ่าย ทางสาธารณสุข	Level V ข้อจำกัด: เน้นที่ กระบวนการ วางแผน ยังไม่ได้ ประเมินผลลัพธ์ ทางคลินิกระยะ ยาว	เป็นแนวคิดสนับสนุน เป้าหมายยุทธศาสตร์ URU-SMART ในการ ขับเคลื่อนนวัตกรรม จากมหาวิทยาลัยลงสู่ รากหญ้า
Kuluski, K., et al. (2021). Integrated care models for frail older adults: A systematic review.	เพื่อ เปรียบเทียบ รูปแบบการ ดูแลบูรณาการ ต่างๆ ที่มีผลต่อ ผู้สูงอายุที่มี ภาวะเปราะบาง	Systematic Review	วิเคราะห์งานวิจัย ที่มีกลุ่มควบคุม แบบสุ่ม (RCTs) จำนวน 28 เรื่อง	โปรแกรมที่เน้น การประเมินแบบ องค์รวมร่วมกับ การจัดการราย กรณี (Case Management) ช่วยลดการเข้ารพ. ซ้ำ	Level I ข้อจำกัด: ความ หลากหลายของ เครื่องมือวัดผลใน แต่ละการศึกษา	นำแนวคิด Case Management มา เป็นกลไกหลักในการ ร่างคู่มือ (CNPg) ให้ พยาบาลทำหน้าที่ ประสานงานหลัก
Uittenbroek, R. J., et al. (2023). Effectiveness of proactive, community-based integrated care implementation.	เพื่อประเมิน ประสิทธิผลของ การดูแลเชิงรุก แบบบูรณาการ โดยชุมชนเป็น ฐาน	Cluster- Randomize d Controlled Trial, ผู้สูงอายุ 1,200 คน	เครื่องมือวัด คุณภาพชีวิต (EQ-5D), บันทึก การใช้บริการ สุขภาพ	การดูแลเชิงรุก ช่วยรักษา สมรรถนะการทำ กิจวัตรประจำวัน (ADL) แต่ต้องใช้ เวลาประเมินผล มากกว่า 1 ปีจึง จะเห็นความคืบ หน้า	Level II ข้อจำกัด: อัตรา การสูญหายของ กลุ่มตัวอย่างใน ระยะยาว	ตอกย้ำความสำคัญ ของการดึงตัวแทน ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มโครงการ เพื่อรักษาความยั่งยืน ของระบบในระยะยาว
Mofina, A., et al. (2022). Multidisciplinary team interventions in primary care for older adults.	เพื่อศึกษาผล ของการ แทรกแซงโดย ทีมสหสาขาต่อ ผลลัพธ์ทาง สุขภาพผู้สูงอายุ	Meta- analysis	ฐานข้อมูล CINAHL, PubMed, Cochrane	ทีมที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนัก กายภาพฯ ช่วยลด ความคลาดเคลื่อน ทางยาได้สูงสุด	Level I ข้อจำกัด: ปัญหา การเบิกจ่าย ค่าตอบแทนของ บุคลากรบางสาขา ในระบอบจริง	ใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงเชิง ประจักษ์ (EBP) ประกอบการเขียน ตำราเรียน "Nursing Research and Innovation"
Ma, C. H. K., et al. (2024). The feasibility of implementing the WHO Integrated Care for older People (ICOPE)	เพื่อทำความเข้าใจถึง ความเป็นไปได้ อุปสรรค และ ปัจจัยสนับสนุน ในการใช้กรอบ แนวคิดบูรณา	Qualitative Studyกลุ่ม ตัวอย่าง: บุคลากร สาธารณสุข และตัวแทน ผู้สูงอายุ	การสัมภาษณ์เชิง ลึก (In-depth Interviews) และ สนทนากลุ่ม (Focus Group)	ความสำเร็จในการ ดูแลไม่ได้อยู่ที่ทีม แพทย์พยาบาล เท่านั้น แต่ต้อง อาศัยการบูรณา การด้านการ สนับสนุนทาง	Level VI ข้อจำกัด: บริบท สังคมเมืองอาจมี ความแตกต่างจาก โครงสร้างของ สังคมกึ่งเมืองกึ่ง ชนบท	สะท้อนให้เห็นว่าการ ขับเคลื่อนตามโมเดล URU-SMART สู่การ เป็น Hub of Talent ต้องให้ความสำคัญกับ การต่อยอดแนวปฏิบัติ ลงสู่เครือข่ายและภูมิ

ข้อมูลบรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อเรื่อง)	วัตถุประสงค์ การวิจัย / คำถามการวิจัย	รูปแบบ การศึกษา, กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การรวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัยหลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมาประยุกต์ใช้ กับงานนี้
Framework in Singapore.	การในบริบท สังคมเอเชีย			สังคม (Social support) และ การเสริมพลัง ชุมชนร่วมด้วย		ปัญหาท้องถิ่นอย่าง เป็นรูปธรรม
Li, M., et al. (2024). Efficacy of comprehensive geriatric assessment (CGA) in transitional care.	เพื่อผลลัพธ์ ของการ ประเมิน ผู้สูงอายุแบบ ครอบคลุมใน ระยะเปลี่ยน ผ่านการดูแล	Quasi-experiment al Study, ผู้ป่วยสูงอายุ 250 คน	CGA Tools, อัตราการกลับมา รักษาซ้ำ 30 วัน	ผู้ป่วยที่ได้รับการ ทำ CGA ครบถ้วน มีโอกาสกลับมา เกิด ภาวะแทรกซ้อนที่ บ้านลดลง 35%	Level III ข้อจำกัด: กลุ่ม ตัวอย่างคัดเลือกเฉพาะ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ปานกลางขึ้นไป	นำเครื่องมือประเมิน ในบทความมา ดัดแปลงใช้ในช่วงของ การทดลองระบบ ระยะฟื้นฟู (Transitional Phase)
Liu, W., et al. (2025). Effectiveness of integrated care for older people (ICOPE) in improving intrinsic capacity in older adults: a systematic review and meta-analysis.	เพื่อประเมิน ประสิทธิผลของ การดูแลแบบ บูรณาการ (ICOPE) ในการ ฟื้นฟูสมรรถนะ ภายในของ ผู้สูงอายุ	Systematic Review & Meta-analysis (การ วิเคราะห์ห่อภิ มาน)	ฐานข้อมูล งานวิจัยแบบ สุ่มและมีกลุ่ม ควบคุม (RCTs) และ Quasi-experimental	การใช้แนวทาง บูรณาการช่วย เพิ่มสมรรถนะทาง กาย ลดความ เปราะบาง และ ยกระดับคุณภาพ ชีวิตได้อย่างมี นัยสำคัญเมื่อ เทียบกับการดูแล แบบเดิม	Level I ข้อจำกัด: วิธีการ ประยุกต์ใช้ในแต่ ละการศึกษามี ความหลากหลาย (Heterogeneity) สูง	เป็นหลักฐานเชิง ประจักษ์ (EBP) ที่ แข็งแกร่งในการโน้มน้าวทีม สหสาขาวิชาชีพใน Workshop ให้เห็น ความสำคัญของการ ลดไซโล (Silo) ในการ ทำงานตามค่านิยม URU-CARE
Stoop, A., et al. (2021). Health professionals' perspectives on overcoming barriers to integrated care.	เพื่อสำรวจ มุมมองของทีม สุขภาพต่อการ เอาชนะ ข้อจำกัดการ ดูแลแบบบูรณา การ	Qualitative Descriptive Study, ทีมสหสาขา 40 คน	สัมภาษณ์เชิงลึก	การสร้าง "ความ ปลอดภัยทาง จิตวิทยา (Psychological Safety)" ในการ ประชุมทีม คือ กุญแจหลักในการ แชร์ข้อมูล	Level VI ข้อจำกัด: บริบท องค์กรแต่ละแห่งมี วัฒนธรรมต่างกัน	ใช้เป็นเทคนิคการจัด กิจกรรมละลาย พฤติกรรมในวันแรก ของ Workshop เพื่อ กระตุ้นให้ทุกวิชาชีพ กล้าเสนอแนะร่วมกัน ตามวัฒนธรรม URU-CARE
Smith, J., et al. (2024). Telehealth applications in long-term holistic care for older adults.	เพื่อรวบรวม แนวทางการใช้ ระบบแพทย์ ทางไกลในการ ดูแลระยะยาว แบบองค์รวม	Systematic Review	การศึกษาที่เน้น Telehealth และ Holistic care	บริการทางไกล ช่วยเพิ่มความถี่ใน การดูแล สุขภาพจิต แต่ไม่ สามารถทดแทน การดูแลด้าน ร่างกาย (Physical touch) ได้ทั้งหมด	Level I ข้อจำกัด: ความท้าทายด้านทักษะทาง ดิจิทัลของผู้สูงอายุ	

ส่วนที่ 2: งานวิจัยและแนวปฏิบัติระดับประเทศ

ข้อมูลบรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อเรื่อง)	วัตถุประสงค์ การวิจัย / คำถามการวิจัย	รูปแบบ การศึกษา, กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การรวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัยหลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมาประยุกต์ใช้ กับงานนี้
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการ จัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบบูรณา การ (Integrated Care for Older People: ICOPE).	เพื่อเป็นคู่มือ แนวทางในการ จัดบริการ สุขภาพผู้สูงอายุ ในระบบบริการ ปฐมภูมิของ ประเทศไทย	National Operational Guideline	สังเคราะห์องค์ ความรู้จาก WHO สู่บริบทการ ปฏิบัติงานใน ประเทศไทย	ควรมุ่งเน้นคัด กรองสมรรถนะ 6 มิติ (ความรู้คิด, การเคลื่อนไหว, โภชนาการ, สายตา, การได้ยิน, สุขภาพจิต) และ เชื่อมโยงบริการ ผ่านทีมหมอ ครอบครัว	Level VII ข้อจำกัด: ภาระงานของทีม บริการระดับปฐม ภูมิที่อาจมีมาก เกินไปในบางพื้นที่	ใช้กรอบสมรรถนะ 6 มิตินี้ เป็นเช็คลิสต์ มาตรฐาน (Standardized Checklist) ระหว่าง การนำร่องแนวปฏิบัติ ไปทดลองใช้ (Pilot Testing) 4 วัน เพื่อ ตรวจสอบความ ครอบคลุม
สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข. (2565). การประเมิน ประสิทธิผลแนว ทางการจัดบริการ สุขภาพผู้สูงอายุแบบ บูรณาการ (ICOPE) ในประเทศไทย.	เพื่อประเมินผล การนำแนวทาง ICOPE ไปใช้ใน ระดับหน่วย บริการปฐมภูมิ	Evaluation Research, รพ.สต. และ หน่วยบริการ 50 แห่ง	แบบบันทึก ตัวชี้วัด, สัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติงาน	พบว่าการจัดตั้งทีม บูรณาการช่วยคัด กรองความเสี่ยงได้ รวดเร็วขึ้น แต่ยังมี จุดอ่อนด้านระบบ ฐานข้อมูลที่ยัง แยก ส่วนกัน	Level IV ข้อจำกัด: ระยะเวลาติดตาม ผลยังสั้น	นำข้อค้นพบเรื่อง ฐานข้อมูลที่ยังแยก ส่วนออกเป็นแบบฟอร์ม กลางที่ทุกวิชาชีพ เข้าถึงและใช้งาน ร่วมกันได้ในการ ประชุมเชิงปฏิบัติการ
สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อ ผู้สูงอายุกรมการ แพทย์. (2566). แนวทางเวช ปฏิบัติการดูแลรักษา ผู้สูงอายุแบบองค์ รวม.	เพื่อสร้าง มาตรฐานและ เส้นทางคลินิก (Clinical pathway) ให้ ทีมแพทย์ พยาบาลในการ จัดการกลุ่ม อาการผู้สูงอายุ แบบองค์รวม	Clinical Practice Guideline (CPG)	ทบทวนหลักฐาน เชิงประจักษ์และ ฉันทามติของ ผู้เชี่ยวชาญ ระดับประเทศ	การแก้ปัญหาที่ ซับซ้อนต้องใช้การ ประเมินแบบ ครอบคลุม (CGA) เพื่อประเมินมิติ ทางชีวภาพ จิตใจ สังคม และ สิ่งแวดล้อมไป พร้อมๆ กัน	Level VII ข้อจำกัด: กระบวนการ CGA ต้องอาศัยเวลาและ ความเชี่ยวชาญ เฉพาะด้านของทีม	นำกระบวนการ CGA มาเป็นโครงร่างหลัก ในการร่างแนวปฏิบัติ (CNPG) และเสริม จุดเด่นด้วยการใช้ "สุนทรียภาพทางการ พยาบาล" เพื่อลด ความตึงเครียดของ กระบวนการประเมิน
สมศักดิ์ และคณะ. (2566). รูปแบบการ ดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงโดยชุมชนมี ส่วนร่วม.	เพื่อพัฒนา รูปแบบการ ดูแลระยะยาวที่ ตั้งศักยภาพของ ชุมชนมาเป็น ฐานหลัก	Action Research, ผู้สูงอายุและ ผู้ดูแล 120 คน	แบบประเมิน ADL, การสนทนา กลุ่มระดับพื้นที่	รูปแบบที่ชุมชน ร่วมออกแบบ ทำ ให้ผู้สูงอายุมี คุณภาพชีวิตและ ADL ดีขึ้น รวมถึง สร้างความเข้มแข็ง ของเครือข่ายอาสาสมัคร.	Level VI ข้อจำกัด: ผลลัพธ์อิงกับ ศักยภาพของผู้นำ ชุมชนแต่ละแห่ง เป็นหลัก	ใช้เป็นโมเดลต้นแบบ ในการวิจัยท้องถิ่นที่ พื้นที่คู่แข่งเขา โดยให้ ชุมชนมีบทบาท กำหนดทิศทางการ ดูแลร่วมกับ มหาวิทยาลัย
นริรัตน์ และคณะ. (2567). การพัฒนา นวัตกรรม สุนทรียภาพทางการ	เพื่อศึกษาผล ของนวัตกรรม เชิงสุนทรียภาพ ต่อความสุขและ	Quasi- experiment al Study, ผู้สูงอายุ 60 คน	มาตรวัดความสุข (TMHI-15), แบบ ประเมินความ ซึมเศร้า	กลุ่มที่ได้รับ นวัตกรรม สุนทรียภาพ ทางการพยาบาล (ดนตรี/ศิลปะ	Level III ข้อจำกัด: ระยะเวลา แทรกแซงสั้น (8 สัปดาห์)	เป็นแกนกลางในการ เขียนเนื้อหาบทสำคัญ ในตำราเรียน Nursing Research

ข้อมูลบรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อเรื่อง)	วัตถุประสงค์ การวิจัย / คำถามการวิจัย	รูปแบบ การศึกษา, กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การรวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัยหลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมาประยุกต์ใช้ กับงานนี้
พยาบาลเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุ.	การเห็นคุณค่า ในตนเอง			บำบัด) มีคะแนน ความสุขสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญ		and Innovation ที่ กำลังจัดทำ
รัตน และคณะ. (2564). การทำงาน ของทีมสหสาขา วิชาชีพในการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุใน ชุมชน.	เพื่อวิเคราะห์ บทบาทและ ปัญหาในการ ทำงานร่วมกัน ของทีมสหสาขา	Qualitative Study, บุคลากร 8 สาขาวิชาชีพ	In-depth Interviews	บทบาทที่ทับซ้อน และความไม่เข้าใจ กรอบวิชาชีพอื่น เป็นอุปสรรคต่อ การจัดทำ Care Plan สรุป	Level VI ข้อจำกัด: ศึกษาเฉพาะบริบท ของโรงพยาบาล ชุมชนขนาดเล็ก	สะท้อนความสำคัญ ของกิจกรรม Workshop วันที่ 1 ในหัวข้อ "มองมุมต่าง แต่อย่างเดียวกัน" เพื่อเคลียร์บทบาท อย่างชัดเจน
วรรณ และคณะ. (2566). การจัดการ ภาวะเปราะบางของ ผู้สูงอายุด้วยภูมิ ปัญญาสมุนไพร ท้องถิ่น.	เพื่อพัฒนา โปรแกรมฟื้นฟู สุขภาพที่ผสม ความรู้ทางการ แพทย์และภูมิ ปัญญาท้องถิ่น	Research and Development (R&D), กลุ่มเป้าหมาย 80 คน	แบบประเมิน ภาวะเปราะบาง (Frailty Phenotype)	การใช้สมุนไพรพื้น ถิ่นควบคู่กับ การแพทย์กระแส หลัก ช่วยส่งเสริม สุขภาพและ ขับเคลื่อน เศรษฐกิจฐานราก	Level VI ข้อจำกัด: ขาดการวัดผลเชิง ลึกทางชีวเคมี	สอดคล้องโดยตรงกับ โครงการวิจัย ยกระดับเศรษฐกิจ สุขภาพของพื้นที่คิง ดะเงาผ่านภูมิปัญญา สมุนไพร นำมาเสริม เป็น EBP ในแนว ปฏิบัติได้
พรทิพย์ และคณะ. (2565). การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ ไร้รอยต่อ (Seamless Care) สำหรับผู้สูงอายุ.	เพื่อพัฒนา ระบบการส่งต่อ ตั้งแต่ โรงพยาบาล จนถึงระดับ ครัวเรือน	Systems Research, โรงพยาบาล ศูนย์และ เครือข่าย	การวิเคราะห์ กระบวนการ ทำงาน (Workflow Analysis)	การกำหนดผู้ ประสานงานหลัก (Node) และการ สร้างมาตรฐาน คู่มือปฏิบัติงานร่วม ช่วยลดวันนอนรพ. (Length of stay)	Level V ข้อจำกัด: ต้องได้รับการ สนับสนุนเชิง นโยบายระดับ จังหวัด	เป็นแนวทางในการ กำหนดตัวชี้วัด ความสำเร็จ (KPIs) ช่วงท้ายของการ ประชุมเชิงปฏิบัติการ
สุภัทรา และคณะ. (2567). การ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ดิจิทัลในการติดตาม ข้อมูลการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว.	เพื่อสร้าง แพลตฟอร์ม การรายงานผล ที่ใช้งานง่าย สำหรับ Caregiver	Developmental Research, อาสาสมัคร และพยาบาล	แบบประเมิน ความพึงพอใจ การใช้ระบบ	แพลตฟอร์มช่วยให้ พยาบาลมองเห็น ปัญหาทางสุขภาพ แบบเรียลไทม์ และ ลดความหนาแน่น ของการใช้เอกสาร กระดาษ	Level V ข้อจำกัด: พื้นที่ทางไกลบาง แห่งสัญญาณ อินเทอร์เน็ตไม่ เสถียร	สามารถปรับแนวคิด มาพัฒนาระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อรองรับศูนย์ดูแล ผู้สูงอายุ มรก. อุดรดิตถ์ ในอนาคต
กฤษณา และคณะ. (2564). บทบาท พยาบาลผู้จัดการราย กรณี (Care Manager) ในการ ยกระดับคุณภาพ ชีวิต.	เพื่อศึกษาความ เชื่อมโยงของ สมรรถนะ Care Manager กับ ผลลัพธ์การดูแล	Descriptive Correlational Study, พยาบาล 150 คน	แบบสอบถาม สมรรถนะ, แบบ ประเมินผลลัพธ์ ทางคลินิก	สมรรถนะด้านการ ประสานงานสห สาขาและทักษะ การเจรจาต่อรอง มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับระดับ การทำ ADL ของ ผู้สูงอายุ	Level IV ข้อจำกัด: การตอบ แบบสอบถาม ประเมินตนเองอาจ เกิดความลำเอียง	ชี้ให้เห็นถึงความ จำเป็นในการเป็นผู้นำ ของทีมพยาบาลใน การบูรณาการศาสตร์ การดูแล ค่านิยม URU-CARE ต้องเน้น ทักษะ Soft Skills เหล่านี้

ข้อมูลบรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อเรื่อง)	วัตถุประสงค์ การวิจัย / คำถามการวิจัย	รูปแบบ การศึกษา, กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การรวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัยหลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมาประยุกต์ใช้ กับงานนี้
ทวีศักดิ์ และคณะ. (2566). ถอดบทเรียน การขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ระดับท้องถิ่น.	เพื่อศึกษากลไก ความสำเร็จของ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นที่ โดดเด่นด้าน ผู้สูงอายุ	Case Study / Qualitative, พื้นที่ต้นแบบ 4 แห่ง	การวิเคราะห์ เอกสาร, สทนหา กลุ่ม	ความต่อเนื่องของ นโยบาย การ จัดสรรงบประมาณ ที่ชัดเจน และการ เชื่อมโยงกับ สถาบันการศึกษา ในพื้นที่คือปัจจัย หลัก	Level VI ข้อจำกัด: ผลสำเร็จขึ้นอยู่กับ ตัวแปรทาง การเมืองท้องถิ่น	สนับสนุนแผน ยุทธศาสตร์ (Strategic Plan) 2569-2573 ในการ ทำงานร่วมกัน ระหว่างมหาวิทยาลัย และท้องถิ่น
จินตนา และคณะ. (2565). ประสิทธิภาพ ของการบูรณาการ ศิลปะบำบัดในการ ฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มี ภาวะซึมเศร้า.	เพื่อ เปรียบเทียบผล การบำบัด ระหว่าง กิจกรรมปกติ กับการ แทรกแซงด้วย ศิลปะบำบัด	Randomize d Controlled Trial (RCT), ผู้สูงอายุ 80 คน	แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้า (TGDS-15)	ผู้สูงอายุที่ใช้ กิจกรรมศิลปะมี อัตราภาวะซึมเศร้า ลดลงอย่างมี นัยสำคัญ และมี การพัฒนาทักษะ กล้ามเนื้อเล็ก	Level II ข้อจำกัด: การตอบสนองต่อ ศิลปะแต่ละ ประเภทเป็นเรื่อง ปัจเจกบุคคล	นำแนวคิดศิลปะ บำบัดมาประยุกต์ใช้ ในการจัดกิจกรรม การฟื้นฟูจิตใจในร่าง แบบปฏิบัติ (CNPG) เพื่อสร้างนวัตกรรมที่ จับต้องได้

สรุปประเด็นสำคัญและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (Evidence Synthesis & Level of Evidence)

1. การเปลี่ยนผ่านจาก "การรักษาโรค" สู่ "การรักษาสมรรถนะ" (Paradigm Shift to Intrinsic Capacity)
 ข้อค้นพบหลัก: การดูแลผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนจุดโฟกัสไปที่การประเมินและรักษาสมรรถนะ
 ภายใน 6 มิติ (Intrinsic Capacity) ตามกรอบแนวคิด ICOPE มากกว่าการมุ่งเป้าไปที่ตัวโรคเพียงอย่างเดียว การ
 ประเมินอย่างครอบคลุม (CGA) จะช่วยชะลอความเปราะบางและลดการพึ่งพิงได้

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน: มีการยืนยันอย่างชัดเจนจากงานวิจัยประเภท
 Systematic Review และ Meta-analysis เช่น Liu et al., (2025) ว่าแนวทาง ICOPE และ CGA ให้ผลลัพธ์ทาง
 คลินิกที่ดีกว่าการดูแลแบบดั้งเดิม (Level I & II) และระดับนโยบาย ได้รับการรับรองเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน
 (Clinical Practice Guidelines) ทั้งจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) และกระทรวงสาธารณสุขของไทย
 (Level VII)

2. พลังและข้อจำกัดของทีมสหสาขาวิชาชีพ (The Power and Pitfalls of MDT)
 ข้อค้นพบหลัก: การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) ที่มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)
 ช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการรักษาและการเข้ารับการรักษาซ้ำ แต่อุปสรรคสำคัญที่บั่นทอนประสิทธิภาพคือ
 "การทำงานแบบแยกส่วน และบทบาทหน้าที่ที่ทับซ้อนกัน

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

○ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (เช่น Kuluski et al., 2021; Mofina et al.,
 2022) ยืนยันถึงผลลัพธ์เชิงบวกของ MDT ต่อการลดอุบัติการณ์แทรกซ้อน (Level I)

○ งานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative studies) ทั้งของไทยและต่างประเทศ (เช่น รัตนา

และคณะ, 2564; Valentijn et al.,

2023) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างความเข้าใจบริบททำงาน และการสื่อสารข้ามสายงานเพื่อทลายการทำงานของแต่ละวิชาชีพแบบแยกส่วน(Level VI)

3. พลังของชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Community)

ข้อค้นพบหลัก: การดูแลที่ยั่งยืนต้องยึดชุมชนเป็นฐาน (Community-based) และ "ภูมิปัญญาท้องถิ่น" (เช่น สมุนไพรพื้นถิ่น) เข้าสู่กระบวนการดูแล ช่วยฟื้นฟูมิติทางจิตวิญญาณ ลดภาวะซึมเศร้า และสร้างความสุขได้อย่างเป็นรูปธรรม

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน:

- งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) สนับสนุนว่าการให้ชุมชนมีส่วนร่วมและการใช้สมุนไพรท้องถิ่น เช่น

วรรณ และคณะ, 2566) ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพฐานราก(Level VI

4. เทคโนโลยีและระบบข้อมูลไร้รอยต่อ (Technology and Seamless Data Flow)

ข้อค้นพบหลัก: เทคโนโลยีดิจิทัลและระบบแพทย์ทางไกล (Telehealth) เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลของทีมสหสาขาเข้าด้วยกัน ช่วยแก้ปัญหาระบบฐานข้อมูลที่แยกส่วน ทำให้การติดตามผล (Monitoring) เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

- มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (เช่น Smith et al., 2024; Wang et al., 2022) ยืนยันว่าเทคโนโลยีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารของทีมได้อย่างรวดเร็ว(Level I & V)

○งานวิจัยเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นถึงความท้าทายเรื่องความเสถียรของระบบในพื้นที่ห่างไกล และข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลของผู้สูงอายุและผู้ดูแล(Level IV & V)

โดยสรุป พบว่าแนวปฏิบัติที่เรากำลังพัฒนานั้นมีรากฐานที่มั่นคงผสมผสานกัน ทั้งหลักฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่แข็งแกร่ง (Level I) ความเข้าใจบริบทและข้อจำกัดในโลกความเป็นจริง (Level VI) และทิศทางนโยบายระดับชาติ (Level VII) ซึ่งจะช่วยให้ข้อเสนอแนะในการจัดตั้งศูนย์กลางองค์ความรู้ (Hub of Talent and Knowledge)

การพัฒนาแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ICOPE-Frailty Integrated Concept)

การดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน ปัญหาสำคัญที่พบคือ ความซ้ำซ้อนของเครื่องมือประเมิน บุคลากรทางสาธารณสุขและ อสม. มักต้องใช้เครื่องมือหลายชุดแยกจากกัน เช่น แบบประเมิน ADL, แบบประเมินสมองเสื่อม, แบบคัดกรองการหกล้ม ซึ่งก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนและเหนื่อยล้าในการเก็บข้อมูล (Assessment Fatigue) ทั้งต่อตัวผู้ถูกประเมินและผู้ประเมิน นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้มักกระจัดกระจาย ไม่สะท้อนภาพรวมของสุขภาพ ส่งผลให้การวางแผนการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) ขาดความเชื่อมโยง

การพัฒนานวัตกรรมเครื่องมือประเมินขึ้นนี้ จึงได้บูรณาการกระบวนการทัศน์หลัก 2 แนวคิด (The Integration of Two Paradigms) ดังนี้

1. แนวคิด ICOPE (Integrated Care for Older People) เป็นกระบวนการทัศน์เชิงบวก (Positive Paradigm) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) มุ่งเน้นที่การประเมินและการรักษาสิ่งที่ดีที่ผู้สูงอายุ "ยังทำได้"

หรือที่เรียกว่า สมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity) ครอบคลุม 6 มิติ คือ การเคลื่อนไหว, ความรู้คิด, สุขภาพจิต, โภชนาการ, การมองเห็น, การได้ยิน ซึ่งมีจุดเด่น คือ เป็นการตั้งรับเชิงรุก เน้นการป้องกันความถดถอย

2. แนวคิดภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นกระบวนทัศน์เชิงความเสี่ยง (Risk Paradigm) มุ่งเน้นการประเมิน "ความอ่อนแอหรือความเปราะบางเชิงระบบ" ที่เกิดจากการสะสมของความเสื่อมถอย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม พังพอง หรือเสียชีวิต มีจุดเด่น คือ มีความแม่นยำสูงในการพยากรณ์ความเสี่ยงและคัดแยกความรุนแรงของปัญหา (Risk Stratification) เพื่อให้ทีม MDT เข้าจัดการในภาวะวิกฤต

กลไกการบูรณาการ

กลไกการบูรณาการของนวัตกรรมเครื่องมือประเมินนี้ เป็นการเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์จากการประเมินสุขภาพแบบแยกส่วน (Fragmented assessment) ไปสู่ระบบการประเมินแบบเบ็ดเสร็จในขั้นตอนเดียว ที่ให้ผลลัพธ์เชิงวิเคราะห์แบบทวิมิติ (Single assessment, dual insights) โดยมีกลไกเชิงปฏิบัติการดังต่อไปนี้:

1. การประยุกต์ใช้โดเมน ICOPE เป็นกรอบแนวคิดในการคัดกรอง (Screening Domains) โครงสร้างของเครื่องมืออาศัยมิติสมรรถนะภายใน (Intrinsic capacity) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) เป็นกรอบพื้นฐานในการตั้งคำถามและประเมินสภาวะทางกายภาพและจิตสังคม เพื่อให้ครอบคลุมการประเมินการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายอย่างเป็นองค์รวมและสอดคล้องกับหลักฐานทรัพยากรทางการแพทย์ (กรมอนามัย, 2564)

2. การบูรณาการเกณฑ์ภาวะเปราะบางเป็นมาตรวัดเชิงปริมาณ (Scoring Matrix) นวัตกรรมนี้ได้นำเกณฑ์การประเมินภาวะเปราะบางทางคลินิก (Clinical frailty) มาเป็นกลไกในการแปลงผลลัพธ์เชิงประจักษ์จากการตรวจประเมินสุขภาพ (เช่น ความถดถอยด้านความรู้คิด, ภาวะน้ำหนักผอม, หรือความเร็วในการเดินที่ลดลง) ให้เป็นดัชนีคะแนนความเปราะบาง (Frailty index) อย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม (Clegg et al., 2013; Fried et al., 2001)

3. การประมวลผลลัพธ์เชิงสังเคราะห์ (Synthesized Outcomes) จากกลไกการบูรณาการข้างต้น เมื่อตรวจพบความเสื่อมถอยของสมรรถนะภายใน (Intrinsic capacity) ด้านใดด้านหนึ่งตามเกณฑ์มาตรฐานของ ICOPE เครื่องมือจะทำการคำนวณและประมวลผลเพื่อสะท้อนค่าออกมาเป็นระดับความรุนแรงของภาวะเปราะบาง (Frailty severity) ได้ในทันที ซึ่งกระบวนการนี้ช่วยให้บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถจัดระดับความเสี่ยง (Risk stratification) และดำเนินการจัดการความเปราะบางได้อย่างทันที่ (Dent et al., 2019; Rockwood & Mitnitski, 2007)

องค์ประกอบของแบบประเมินสุขภาพ

จากการทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ และนำข้อมูลมาสร้างนวัตกรรมการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุโดยบูรณาการระหว่าง การรับรู้ (Subjective), การตรวจร่างกาย (Physical) และ หลักฐานเชิงประจักษ์ (Empirical/Biochemical) ภายใต้บริบทชุมชนและแนวคิด ICOPE เพื่อช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินสถานะสุขภาพได้อย่างรอบด้าน โดยได้สังเคราะห์เป็นระบบคะแนนที่เรียกว่า "URU-FRAILITY INTEGRATED SCORE" ดังนี้

- ประเมินตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ตามหลัก Person-Centered Care เพื่อสะท้อนถึง

"ความเชื่อมั่น" และ "สุนทรีภาพในการใช้ชีวิต" บางครั้งผู้สูงอายุอาจรู้สึกว่าคุณภาพชีวิต (Robust) เพราะมีกำลังใจดี แต่แท้จริงแล้วร่างกายเริ่มถดถอย การประเมินการรับรู้และความรู้สึกของผู้สูงอายุ (Perception & Subjective - 5 คะแนน) เน้นการประเมินความรู้สึกภายในและการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-Reported)

ประเด็นการประเมิน	การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน
1. ความเหนื่อยล้า (Fatigue)	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเหนื่อยหน่ายหรือหมดไฟในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือไม่?	☐ 0 = ไม่เคย, ☐ 1 = เป็นบางครั้ง/บ่อยครั้ง
2. ความสามารถในการทำกิจวัตร (ADL Perception):	ท่านรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอหรือแต่งตัวได้ลำบากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมาหรือไม่?	☐ 0 = ปกติ, ☐ 1 = ลำบากขึ้น
3. คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ (Psychological) -คำถาม 2Q	1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่ 2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไร ก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่	☐ 0 = ไม่มี ☐ 1 = มีอย่างน้อย 1 ข้อ
4. ความรู้คิดที่รับรู้ได้ (Perceived Cognition)	ท่านรู้สึกว่าตนเองหลงลืมบ่อยจนส่งผลต่อการใช้ชีวิตหรือไม่?	☐ 0 = ไม่เลย, ☐ 1 = ลืมบ่อยมาก
5. ภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition)	ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อยลงอย่างชัดเจนหรือไม่	☐ 0 = ไม่มี ☐ 1 = มี
คะแนนที่ได้/คะแนนรวม		/ 5 คะแนน

• ประเมินตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) คือ ประเมินแบบองค์รวมโดยบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อ สะท้อนถึง "พยาธิสภาพ" และ "ความเสี่ยงทางคลินิก" ที่บุคลากรตรวจพบ เช่น แร่งกำมือที่ลดลง หรือผลทดสอบลูกนั่งที่ช้าลง

ส่วนที่ 2 การประเมินตามหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย

2.1 การประเมินสมรรถนะทางกาย (Physical Performance - 10 คะแนน) ตามมาตรฐาน ICOPE และ Fried's Phenotype

ประเด็นการประเมิน	วิธีการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน
1. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	ทดสอบการลุก-นั่งบนเก้าอี้ 5 ครั้ง (Chair Rise Test) ภายใน 14 วินาที	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = ผิดปกติ
2. การทรงตัวและการเดิน (Gait Speed/Balance)	ทดสอบการทรงตัว (Timed Up and Go) เดินไปกลับ 6 เมตร ใน 12 วินาที	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = ผิดปกติ
3. แร่งกำมือ (Handgrip Strength)	ใช้เครื่องวัด Handgrip หรือทดสอบบีบมือผู้ประเมินแร่งๆ	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = ผิดปกติ

ประเด็นการประเมิน	วิธีการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน
	(ชาย ≥ 26 กก., หญิง ≥ 16 กก.)	
4.ประสาทสัมผัส (Vision & Hearing)	การมองเห็นสายตา การได้ยิน (Whisper Test)	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = ผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสอง
5. ภาวะโภชนาการและมวลกล้ามเนื้อ	ประเมิน MNA 24 – 30 คะแนน ปกติ 17 – 23.5 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร น้อยกว่า 17 คะแนน ขาดสารอาหาร	[] 0 = ปกติ [] 2 = มีความเสี่ยง/มีภาวะขาดสารอาหาร
คะแนนที่ได้/คะแนนรวม		/ 10 คะแนน

2.2 ประเมินความเสี่ยงและความสามารถด้านร่างกายและจิตใจ

ประเด็นการประเมิน	วิธีการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน
1.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	แบบประเมิน ADL (Activities of Daily Living)	☐ 0= คะแนน ADL 12 - 20 คะแนน ☐ 1= คะแนน ADL 0 - 11 คะแนน
2.ภาวะโรคร่วมและยา (Multimorbidity & Polypharmacy):	มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ≥ 2 โรค และต้องกินยามากกว่า 5 ชนิดต่อวัน	☐ 0 = ไม่ใช่ ☐ 1 = ใช่
2.ประวัติการหกล้มหรืออุบัติเหตุ (Falls History):	ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เคยหกล้มหรือเกือบหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง	☐ 0 = ไม่เคย ☐ 2 = เคย
4.ภาวะสมองเสื่อม	ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองเร็ว: Mini-Cog (จำคำ 3 คำ + วาดนาฬิกา) ขั้นตอนที่ 2 ประเมินละเอียดด้วย MoCA หรือ MMSE-Thai ขั้นตอนที่ 3 ถามญาติ (IOCODE)	[] 0 = ปกติ [] 1 = ผิดปกติ
6.สุขภาพจิต	มีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย"พร้อมๆ กัน ติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน	[] 0 = ไม่มี [] 1 = มี
คะแนนที่ได้/คะแนนรวม		/ 5 คะแนน

Polypharmacy: การใช้ยาเกิน 5 ชนิด เป็นตัวพยากรณ์ (Predictor) ของการเกิด Adverse Drug Events ที่แม่นยำใกล้เคียงกับการตรวจเลือดดูค่าไต/ตับในเบื้องต้น (Mofina et al., 2022)

Falls History: เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งบอกถึงความเสี่ยงของสมรรถนะการควบคุมระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่ชัดเจนที่สุด

การประเมินครอบคลุมทั้ง 2 หลักการเพื่อให้เห็นความต่างระหว่างความรู้สึกและการตรวจจริง และเป็นภาพสะท้อนที่แท้จริงจากสองมุมมอง (Two Perspectives) ผู้ประเมินสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความแตกต่างได้และวางแผนให้การดูแลได้ตรงตามสภาวะจริงของผู้สูงอายุ เช่น หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองปกติ แต่ทีมสุขภาพประเมินว่าเปราะบาง (Frail) ทีมจะสามารถวางแผนการดูแลเพื่อ "สร้างความตระหนักรู้" ได้

เกณฑ์การให้คะแนนและแบ่งระดับสภาวะ

การตัดสินระดับสภาวะโดยนำคะแนนจากทั้งสองส่วนมารวมกัน (Summation) มีคะแนนรวมทั้ง 2 ส่วนเท่ากับ 20 คะแนน

ส่วนที่	การประเมิน	คะแนนเต็ม
1	ประเมินตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ	5
2	หลักฐานเชิงประจักษ์	
	2.1 สมรรถนะทางกาย	10
	2.2 ประวัติและผลการตรวจทางชีวเคมี	5
รวม		20

การรวมทั้ง 2 ส่วนเข้าด้วยกันด้วยเหตุผลดังนี้

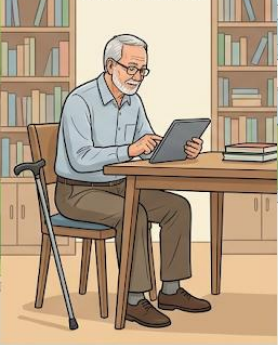
- 1.ภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นภาวะแบบองค์รวม (Multidimensional)
- 2.การรวมคะแนนจะช่วยให้เครื่องมือมี "ความไว (Sensitivity)" สูงขึ้น เช่น แม้ร่างกายยังตรวจไม่พบความผิดปกติชัดเจน แต่ถ้าผู้สูงอายุเริ่ม "รับรู้" ว่าเหนื่อยง่ายและเบื่ออาหาร คะแนนในส่วนการรับรู้จะช่วยเตือนให้ทีมสุขภาพเข้าไปเฝ้าระวังได้เร็วขึ้น (Early Detection)
- 3.เพื่อหา "จุดวิกฤต" โดยใช้ผลรวมนั้นเป็นตัวกำหนดว่าผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มควรได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกก่อน-หลัง และควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างไร

การแปลผลคะแนน

เกณฑ์การแปลผล นำคะแนนจากทั้ง 3 ส่วนมารวมกัน (Total Score 0 - 20)

ระดับคะแนน	ระดับความเปราะบาง
0 - 5 คะแนน	Robust (แข็งแรงดี)
6 - 10 คะแนน	Pre- เริ่มมีภาวะเปราะบางแต่ยังทำงานซับซ้อนได้
11 - 15 คะแนน	Frail ภาวะเปราะบางปานกลาง คือ ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันบางอย่าง
16 - 20 คะแนน	Severely Frail เปราะบางรุนแรง คือ พึ่งพิงอย่างสมบูรณ์, เข้าสู่ระยะท้าย

ลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

● กลุ่ม Robust (แข็งแรง)	● กลุ่ม Mildly Frail (เปราะบางน้อย)	● กลุ่ม Moderately Frail (เปราะบางปานกลาง)	● กลุ่ม Severely Frail (เปราะบางรุนแรง)
สุขภาพดีในทุกด้านเสริมสุขภาพ	มีปัญหาสุขภาพน้อย, ยังทำงานซับซ้อนได้	ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ฝาค่อยๆ ฝึกจนชินมือจุด	พึ่งพิงอย่างสมบูรณ์, เข้าสู่ระยะท้าย
			
สุขภาพดี, แข็งแรง, ทำกิจกรรมกลุ่ม	มีปัญหาสุขภาพเล็กน้อย, ยังทำงานซับซ้อนได้	ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน, เน้นคงสภาพ	พึ่งพิงอย่างสมบูรณ์, เข้าสู่ระยะท้าย

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

กรอบแนวคิด (Operational Framework)

ในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ (Seamless Stratification) ตามระบบนิเวศสุขภาพและวิชาชีพ ชุมชนคั้งแต่ภาคการจัดกลุ่มผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อเป็นกระบวนการบูรณาการการรับรู้รายมิติ การประเมินสมรรถนะเชิงอัตวิสัย และข้อมูลเชิงประจักษ์ทางคลินิก เพื่อแยกแยะระดับความเสี่ยงและความต้องการเฉพาะเจาะจงของผู้สูงอายุในชุมชน การดำเนินการดังกล่าวอาศัยกรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการที่เน้นการบูรณาการเครื่องมือคัดกรองมาตรฐานสากลเข้ากับบริบทท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้:

วิธีการดำเนินการ

ปัจจัยนำเข้า (Input Phase)

ในขั้นตอนนี้ ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team: MDT) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพ 4 มิติ ซึ่งเป็นข้อมูลดิบเชิงประจักษ์ (Empirical Raw Data) ดังนี้

มิติทางกาย (Physical Dimension): การประเมินสมรรถนะการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ผ่าน Timed Up and Go (TUG) test (Guralnik et al., 2000) และการตรวจคัดกรองการได้ยินเบื้องต้นด้วย Whisper test

มิติจิต/สมอง (Mental/Cognitive Dimension) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q (Kroenke et al., 2003) และการประเมินสภาพสมองเบื้องต้นด้วย Mini-Mental State Examination: MMSE (Folstein et al., 1975)

ข้อมูลเชิงประจักษ์ทางคลินิก (Clinical Evidence) การรวบรวมข้อมูลจำนวนโรคร่วม, ข้อมูลการใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy)

ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ความเสี่ยง, Gnjidic et al., 2012), และการวัดเส้นรอบวงน่อง (Calf Circumference) เพื่อเป็นตัวชี้วัดมวลกล้ามเนื้อน้อย (Rolland et al., 2003)

มิติทางสังคม (Social Dimension): การประเมินความกังวลหรือการรับรู้ภาวะทางสังคม เช่น ความโดดเดี่ยว, การสนับสนุนจากสังคม ผ่านการสอบถาม ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงอัตวิสัย (Subjective Recall Data, Jorm, 1994)

2. วิธีการดำเนินการ กระบวนการบูรณาการ (Process Phase)

ขั้นตอนนี้คือหัวใจสำคัญของนวัตกรรม โดยการนำปัจจัยนำเข้า (Input Data) มาประมวลผลผ่านดัชนีชี้วัดแบบบูรณาการ (Synthesized Indicators Matrix) ที่ผนวก 2 แนวคิดหลักเข้าด้วยกัน คือ

1. ตัวชี้วัด ICOPE (WHO, 2019) การคัดกรอง (Screening Domains) โดยประเมินสมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity) ของแต่ละระบบ

2. เกณฑ์ภาวะเปราะบาง (Frailty criteria - Fried et al., 2001; Rockwood & Mitnitski, 2007) ใช้เป็น "มาตรวัด" (Scoring Matrix) เพื่อแปลงผลการตรวจร่างกายให้กลายเป็นดัชนีคะแนนภาวะเปราะบาง (Frailty index) อย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม

กลไกเชิงปฏิบัติการ

เมื่อผลการประเมินสุขภาวะด้านใดด้านหนึ่งลดลงตามเกณฑ์ ICOPE เช่น ความเร็วการเดินที่ลดลงหรือหลงลืม ข้อมูลจะถูกคำนวณและสะท้อนออกมาเป็นระดับความรุนแรงของภาวะเปราะบาง (Frailty severity) ได้ในทันที กระบวนการนี้เปลี่ยนผ่านจากระบบแยกส่วน (Fragmented) ไปสู่ระบบการประเมินแบบเบ็ดเสร็จในขั้นตอนเดียวที่ให้ผลลัพธ์เชิงวิเคราะห์แบบทวิมิติ (Single assessment, dual insights) (Dent et al., 2019)

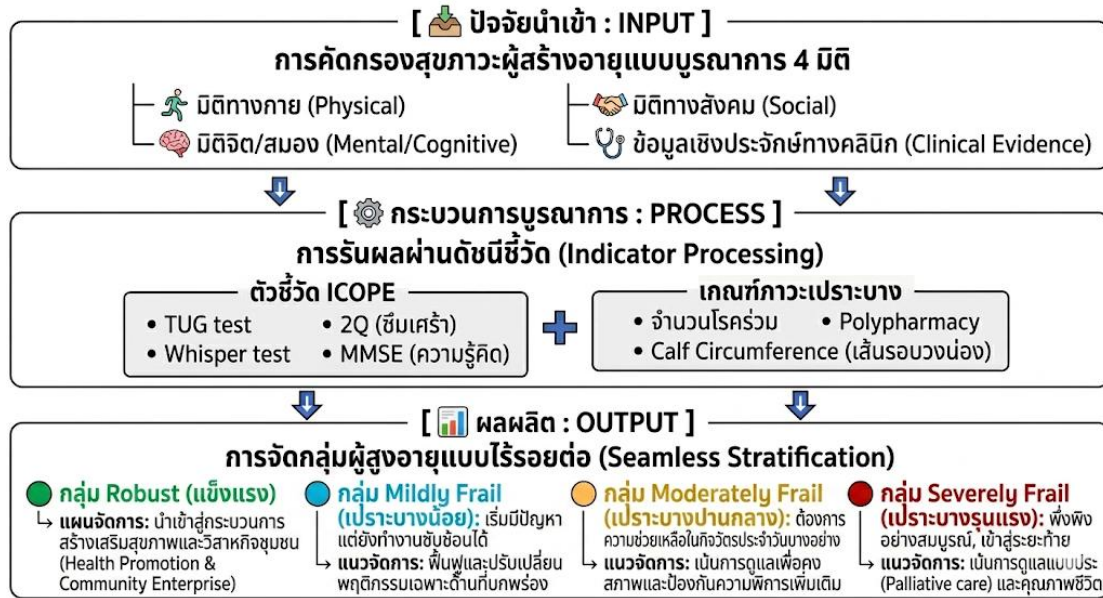
วิธีการดำเนินการ

ผลผลิตที่ได้จากกระบวนการบูรณาการคือ การจัดกลุ่มผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ (Seamless Stratification) ซึ่งช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถวางแผนการดูแลรายบุคคล (Individualized Care Plan) ได้ อย่างแม่นยำและไร้รอยต่อ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้:

กลุ่ม Robust (แข็งแรง): นำเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและวิสาหกิจชุมชน เพื่อคงสถานะความแข็งแรง เพิ่มมวลกล้ามเนื้อ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมผ่านการใช้พลังปัญญาป้องกันภาวะซึมเศร้า (WHO, 2015, 2017)

กลุ่ม Pre-frail (เริ่มเปราะบาง) เข้าสู่ระยะนาทีทอง (Golden Period) ในการฟื้นฟูโดยชุมชน ซึ่งเป็นระยะที่การเสื่อมถอยสามารถผันกลับได้ (Reversible state) โดยใช้โปรแกรม multi-domain interventions เพื่อฟื้นฟูเฉพาะด้าน เช่น การออกกำลังกายเฉพาะจุด, สุนทรียบำบัด เพื่อป้องกันไม่ให้เข้าสู่ภาวะเปราะบางรุนแรง (Fairhall et al., 2011)

กลุ่ม Frail (เปราะบาง) เข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) จัดการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team: MDT และ Case Manager เพื่อวางแผนการดูแลแบบองค์รวมที่ซับซ้อน ทบพทนาย และจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (Ellis et al., 2011; WHO, 2019)



การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดีแบบบูรณาการ แนวคิดหลัก

โมเดลวิสาหกิจชุมชนเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มแข็งแรง ที่เปลี่ยนบทบาทจากการเป็น "ผู้ถูกดูแล" มาเป็น "ผู้ผลิตและสร้างเศรษฐกิจสุขภาพของชุมชน" โดยใช้พื้นที่พื้นที่ชุมชนคั้งตะเภาเป็นฐานการผลิตผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดครัวเรือนจากสมุนไพรท้องถิ่นอุดรดิษฐ์ที่ปลอดภัยต่อผู้ใช้และสิ่งแวดล้อม



การออกแบบกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มแข็งแรง (Robust) ซึ่งมีคะแนน URU-FRAILITY อยู่ที่ 0-5 คะแนน จะมีกระบวนการที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น เพราะ เป็น "ทุนมนุษย์ (Human Capital) และคลังปัญญาของชุมชน" เป้าหมายหลักคือการ "รักษาสภาพสมรรถนะ (Maintenance), ยืดระยะเวลาการพึ่งพาตนเอง (Active Aging), และ สร้างคุณค่าทางเศรษฐกิจ/สังคม (Productive Aging)" เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดถดถอยไปสู่ภาวะเริ่มเปราะบาง

กิจกรรมภายใต้แนวคิด "URU Active & Wisdom: พลังปัญญา พลังชุมชนคั่งตะเกา" โดยแบ่งกิจกรรม ออกเป็น 4 สาย (Tracks) ให้ผู้สูงอายุเลือกเข้าร่วมตามความถนัดและสุนทรียภาพของตนเอง ดังนี้

โครงสร้างกิจกรรม 4 สาย สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มแข็งแรง (Robust)

1. สายขยับกาย (Physical & Fitness Track) ส่งเสริมกิจกรรมเน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic) และ ความยืดหยุ่น เพื่อสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด

2. สายวิสาหกิจและภูมิปัญญา (Economic & Wisdom Track) เน้นการสร้างเศรษฐกิจฐานราก เปลี่ยนเวลาว่างเป็นรายได้และความภาคภูมิใจ

2.1 นวัตกรรม "สมุนไพรคั่งตะเกา ครั้วเรือนสุขใจ" สนับสนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุกลุ่ม นี้นมาเป็นกำลังหลักในการผลิตน้ำยาล้างจาน น้ำยาซักผ้าจากสมุนไพรท้องถิ่น

2.2 นวัตกรรม "ครั้วชุมชน นวอตุตร ๙" เป็นผู้เตรียมอาหาร "ปันโตนาที่ทอง" หรือผลิต "ผงโรยข้าว เสริมพลัง" เพื่อจำหน่ายและแจกจ่าย

3. ชมรม "นักเล่าเรื่องเมืองคั่งตะเกา จัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรู้ประวัติศาสตร์ท้องถิ่น เป็น วิทยากรหรือไกด์ชุมชนให้ความรู้แก่นักเรียน นักศึกษา หรือนักท่องเที่ยว

4. ส่งเสริมการเรียนรู้สิ่งใหม่ (Lifelong Learning) ป้องกันภาวะสมองเสื่อมและลดช่องว่างระหว่างวัย

1. กิจกรรม "วัยเก๋า ก้าวทันสื่อ (Digital Literacy)" จัดอบรมการใช้สมาร์ตโฟน การระวัง มิฉฉาชีพทางไลน์/เฟสบุ้ก การสแกนจ่ายเงิน (QR Payment) และการใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อม หรือแอป Active Champion ของศูนย์

2. กิจกรรม "เกมกระดานลานวัด": สนับสนุนพื้นที่ให้เล่นหมากรุกไทย หมากออส หรือ เกมกระดานใหม่ๆ ที่ฝึกการวางแผนและแก้ปัญหา (Executive function)

5. จิตอาสาอุทิศตน (Social & Volunteer Track) เน้นการสร้างคุณค่าทางจิตใจ (Self-actualization) ลดความ โดดเดี่ยว และสร้างระบบเกื้อกูลในชุมชน

1. โครงการ "อาสาสมัคร เยี่ยมเพื่อน": จับคู่ (Buddy) ผู้สูงอายุกลุ่มแข็งแรง 1 คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง (Frail) 1-2 คน เพื่อทำหน้าที่ส่งปันโต นำหนังสือธรรมะไปให้ หรือนั่งคุยสนทนาสัปดาห์ละ ครั้ง

5.2 กิจกรรม "ปราชญ์สอนลูกหลาน" นำผู้สูงอายุที่มีทักษะเฉพาะ เช่น จักสาน ทำขนมไทย ดนตรีไทย เข้าไปสอนในชั่วโมงลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ ของโรงเรียนในชุมชน

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและรายได้ผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดี

ใช้สมุนไพรท้องถิ่นอุดรดิษฐ์เป็นสารสกัดหลักเพื่อสร้างเอกลักษณ์และเพิ่มมูลค่า ดังนี้

- น้ำยาล้างจานสลายไขมัน "มะกรูดคู่ตะไคร้" ใช้ประสิทธิภาพจากผิวมะกรูดท้องถิ่นในการ ขจัดคราบมันและกลิ่นคาว ร่วมกับกลิ่นหอมสดชื่นของตะไคร้ป่า

- น้ำยาถูพื้น/ทำความสะอาดอเนกประสงค์ เช่น ใช้สารสกัดขมิ้นชันที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อ แบคทีเรียตามธรรมชาติ ผสมกลิ่นอ่อนๆ ของสมุนไพรเพื่อความผ่อนคลายขณะทำความสะอาด

- น้ำยาซักผ้า "กลิ่นหอมคั้งตะเภา": ใช้กลิ่นหอมจากสมุนไพรหรือดอกไม้ท้องถิ่นที่มีความอ่อนโยน ไม่ระคายเคืองผิว สอดคล้องกับหลักสุนทรียภาพทางการพยาบาลที่เน้นความนุ่มนวล

ขั้นตอนการดำเนินงานบูรณาการ (Integration Process)	เป้าหมาย	กิจกรรม	ระยะเวลา
กิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ Knowledge & Standardization)	สร้างสมดุลระหว่างสุขภาพร่างกาย เศรษฐกิจ และจิตใจ	: MDT URU ร่วมกับคณะวิทยาศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพร จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) สอนวิธีการสกัดสมุนไพรที่ถูกต้องและปลอดภัย และทำนํ้ายาทำความสะอาดมาตรฐานวิสาหกิจชุมชน (Local Standard)	1.อบรมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน 2.ติดตามและเสริมศักยภาพการผลิต การตลาด เดือนละ 1 ครั้ง
กิจกรรมที่ 2 การผลิตและการสร้างอัตลักษณ์ชุมชน (Identity & Aesthetics)		บรรจุภัณฑ์ที่ออกแบบโดยเน้น "สุนทรียภาพ" เช่น การใช้รูปภาพภูมิปัญญาผู้สูงอายุ, การใช้บรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ภายใต้แบรนด์ "คั้งตะเภาสมุนไพร" หรือ "URU Smart Herbs"	
กิจกรรมที่ 3 การตลาดและการบูรณาการสุนทรียภาพ		ช่องทางขาย: -ขายภายในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ URU, ร้านค้าสหกรณ์ชุมชนคั้งตะเภา, ตลาดนัดสุขภาพจังหวัด, และ ช่องทางออนไลน์ เช่น Line OA/Facebook ของศูนย์ Gifting & Sharing: จัดเป็นชุดของขวัญสุขภาพ (Gift sets of daily necessities) สำหรับเทศกาลต่างๆ (Result 4.1) -การอุทิศตน (Aesthetics): ผลิตรายการบางส่วนถูกนำไปใช้ภายในศูนย์ CARE Center เพื่อสุขอนามัยของผู้สูงอายุท่านอื่นที่เปราะบาง เป็นการอุทิศตนและสร้างความภาคภูมิใจให้กลุ่ม Robust ว่าผลิตภัณฑ์ของตนได้ดูแลผู้อื่น	

4. ผลสัมฤทธิ์ของนวัตกรรม (Anticipated Outcomes)

มิติการบูรณาการ	ผลสัมฤทธิ์ที่คาดว่าจะได้รับ
สุขภาพร่างกาย	ผู้สูงอายุ Robust 0-5 มีกิจกรรมทางกายต่อเนื่อง, คงความแข็งแรง, ลดความเสี่ยงต่อภาวะ Pre-frail
เศรษฐกิจฐานราก	มีรายได้เสริม, เกิดวิสาหกิจชุมชนที่เข้มแข็ง, เพิ่มมูลค่าสมุนไพรท้องถิ่น, ส่งเสริมเศรษฐกิจคั้งตะเกา
สุขภาพจิตและสังคม	รู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจ (Self-esteem) จากการเป็นผู้ให้, ลดความโดดเดี่ยว, เกิดเครือข่ายสังคมระหว่างวัย
นวัตกรรมและสุนทรียภาพ	ได้โมเดลผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (Eco-friendly) และตอบโจทย์สุนทรียภาพแห่งการใช้ชีวิต

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเริ่มเปราะบางแบบบูรณาการ

โปรแกรม "URU Golden Care 12 สัปดาห์" ออกแบบมาเพื่อให้ครอบคลุมการฟื้นฟูแบบพหุมิติ (Multi-domain) โดยเน้นการค่อยๆ เพิ่มความเข้มข้น (Gradual Progression) และการสร้างความต่อเนื่องในวิถีชีวิตจริง โดยแบ่งระยะการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะสำคัญ ดังนี้

โครงสร้างโปรแกรมฟื้นฟูพื้นที่ทอง 12 สัปดาห์

โปรแกรม	ระยะเวลา	เป้าหมาย	กิจกรรม
ระยะที่ 1: การสร้างรากฐานและสร้างแรงบันดาลใจ	สัปดาห์ที่ 1 - 2	ประเมินสมรรถนะพื้นฐาน ราย บุ ค คล และ สร้าง ความคุ้นเคยกับทีม MDT	กายภาพ: ฝึกท่าทางพื้นฐาน (Proper alignment) และการหายใจที่ถูกต้องขณะออกกำลังกาย โภชนาการ: บันทึกการกินดั้งเดิมและวิเคราะห์จุดบกพร่องของโปรตีนในสารปประจำวัน จิตปัญญา: กิจกรรมทำความรู้จักกลุ่ม (Group bonding) ผ่านการเล่าเรื่องราวความภูมิใจในอดีต (Reminiscence therapy) สังคม: ประเมินความปลอดภัยในบ้านเบื้องต้น
ระยะที่ 2: การฟื้นฟูเข้มข้นเพื่อผันกลับภาวะเปราะบาง	(สัปดาห์ที่ 3 - 8)	เพิ่มมวลกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่น และกระตุ้นการทำงานของสมองขั้นสูงสุด	กายภาพ: ฝึกด้วยแรงต้าน (Resistance training) 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ โดยใช้ยางยืดหรือ

โปรแกรม	ระยะเวลา	เป้าหมาย	กิจกรรม
			ถูกรายร่วมกับท่วงท่าวัฒนธรรมท้องถิ่น โภชนาการ: เริ่มใช้ "ถ้วยตวงโปรตีน URU" และการทดลองทำอาหารโปรตีนสูงจากวัตถุดิบคุ้งตะเภา จิตปัญญา: ศิลปะบำบัดที่ใช้กล่อมเนื้อมัดเล็กและการแก้ปัญหา (เช่น งานประดิษฐ์จากใบตองหรือสมุนไพร) สังคม: เริ่มภารกิจ "เพื่อนเยี่ยมเพื่อน" โดยกลุ่ม Robust
ระยะที่ 3: การประยุกต์ใช้และสร้างความยั่งยืน	สัปดาห์ที่ 9 - 11)	ฝึกให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองอย่างเป็นอัตโนมัติในวิถีชีวิตปกติ	กายภาพ: การออกกำลังกายในชีวิตรประจำวัน (Functional task training) เช่น การเดินไปตลาดในระยะทางที่กำหนด หรือการทำงานอดิเรกที่มีการเคลื่อนไหว โภชนาการ: การปรับปรุงเมนูอาหารโปรตีนสูงร่วมกับครอบครัว (Family involvement) จิตปัญญา: กิจกรรม "แชร์ปัญญา" ให้ผู้สูงอายุในกลุ่มผลัดกันนำกิจกรรมสั้นๆ เพื่อสร้างความมั่นใจ
ระยะที่ 4 การประเมินผลและเฉลิมฉลองความสำเร็จ	สัปดาห์ที่ 12	ประเมินคะแนน URU-FRAILTY ซ้ำ และวางแผนการรักษาสุขภาพ (Maintenance)	ประเมิน TUG test, MMSE, 2Q และวัดเส้นรอบวงน่องอีกครั้ง จัดงาน "Healthy Aging Graduation" เพื่อมอบเกียรติบัตรและประกาศชัยชนะเหนือภาวะเปราะบาง

โปรแกรม	ระยะเวลา	เป้าหมาย	กิจกรรม
			ส่งต่อข้อมูลเข้าสู่ระบบ "URU อาสาสมัคร" สำหรับผู้ที่ผันกลับมาอยู่ในกลุ่ม Robust

การดูแลผู้สูงอายุใน กลุ่มเปราะบางปานกลาง (Moderately Frail) ถือเป็นจุดเปลี่ยนผ่านที่สำคัญมากทาง การแพทย์และสาธารณสุขครับ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มักต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental ADL) เช่น การเดินทางไปพบแพทย์ การทำอาหาร หรือการจัดการยา แม้จะยังพอยกแขนขาหรือเดินระยะสั้นๆ ในบ้าน ได้ แต่มีความเสี่ยงสูงมากที่จะพลัดตกหกล้มและกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง (Severely Frail)

เป้าหมายสูงสุดของการดูแลกลุ่มนี้จึงเปลี่ยนจากการ "ฟื้นฟูให้กลับมาแข็งแรงเต็มร้อย" ไปสู่การ "คงสภาพ สมรรถนะที่เหลืออยู่ (Maintenance), ป้องกันอุบัติเหตุ, และชะลอความเสื่อม (Decline Prevention)"

แนวทางการดูแลแบบบูรณาการ

ออกแบบแนวทางการดูแลแบบบูรณาการมาเพื่อรองรับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางปานกลาง ในบริบทของ ระบบนิเวศสุขภาพชุมชน 4 มิติ (Integrated Care Guidelines)

1. มิติสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยทางกาย (Physical & Environmental Safety) ในระยะนี้ สิ่งแวดล้อมคือ ยารักษาโรคที่สำคัญที่สุด การปรับบ้านให้เป็นมิตร (Universal Design) จะช่วยยืดอายุการพึ่งพาตนเองได้

1.1 การปรับสภาพแวดล้อม (Home Modification) ต้องเป็นนโยบายเชิงรุก ทีมช่างชุมชนร่วมกับนัก กายภาพบำบัดควรลงพื้นที่ประเมินและปรับปรุงทันที เช่น

1. ติดตั้งราวจับ (Grab bars) ในห้องน้ำและโถงทางเดิน
2. รื้อถอนธรณีประตูและพรมที่เสี่ยงต่อการสะดุด
3. เพิ่มแสงสว่างในเส้นทางเดินไปห้องน้ายามวิกาล

1.2 นวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยเดิน (Mobility Aids Prescribing): จัดหาและฝึกสอนการใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น รถเข็นหัดเดิน (Rollator) หรือไม้เท้า 4 ขา เพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดความกลัวการหกล้ม (Fear of falling)

1. การบริหารและออกกำลังกายบนเก้าอี้ (Chair-based Exercise) เปลี่ยนจากการออกกำลังกาย ทำยืน มาเป็นการบริหารกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวและกล้ามเนื้อขาในท่านั่ง เพื่อความปลอดภัย

2. มิติโภชนาการและการกลืน (Nutritional & Dysphagia Management) กลุ่มนี้มักเริ่มมีปัญหาฟันและกลืนเนื้อ การกลืนอ่อนแรง ทำให้สำลักง่ายและนำไปสู่ปอดอักเสบ (Aspiration Pneumonia)

2. การดัดแปลงเนื้อสัมผัสอาหาร (Texture Modification) นำระบบ "ครัวชุมชน" มา ประยุกต์ใช้ โดยเปลี่ยนอาหารให้เป็น "อาหารอ่อนนุ่ม ย่อยง่าย" (Soft and Bite-sized) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำใสๆ ปนกับ กาก เช่น แกงจืดที่ผักไม่เปื่อยเพราะจะทำให้สำลักง่าย

2.2 โภชนาการเสริมพลังงานสูง (High-Calorie & High-Protein Supplement) นำเสนอเครื่องดื่มสมุนไพรรเสริม โปรตีนที่พัฒนาไว้ หรืออาหารทางการแพทย์ เพื่อให้ได้รับโปรตีนเพียงพอต่อการรักษามวลกล้ามเนื้อในปริมาณที่กินได้ น้อยลง

3. มิติคลินิกและการจัดการยา (Clinical & Polypharmacy Management) เมื่อร่างกายเปราะบาง การตอบสนองต่อยาจะเปลี่ยนไป ยาที่เคยรักษาโรคอาจกลายเป็นยาพิษ

3.1 การทบทวนและลดการใช้ยา (Comprehensive Medication Review & Deprescribing) เกสซ์กรชุมชนและแพทย์ (MDT) ต้องร่วมกันทบทวนยา ถอนยาที่ซ้ำซ้อน ยาที่หมดความจำเป็น หรือยาที่เพิ่มความเสี่ยงการหกล้ม (เช่น ยานอนหลับ ยาแก้แพ้รุนแรง) ออกจากระบบ

3.2 ระบบจัดการยาที่บ้าน (Medication Adherence Aids) จัดทำตลับยาตารางสีที่ชัดเจน หรือให้ผู้ดูแล/อส. ช่วยจัดยาเป็นม็อย ป้องกันการกินยาซ้ำหรือลืมกินยา

4. มิติจิตสังคมและการสนับสนุนผู้ดูแล (Psychosocial & Caregiver Support) ภาวะเปราะบางปานกลางเป็นช่วงที่ "ผู้ดูแล (Caregiver)" มีความเครียดและภาระงานสูงที่สุด (Caregiver Burden) หากผู้ดูแลล้า ระบบทั้งหมดจะล่มสลาย

1. ระบบการดูแลชั่วคราว (Respite Care) ศูนย์ URU-CARE หรือระบบสาธารณสุขชุมชน ต้องมีบริการรับฝากดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวัน (Day Care) หรือมีอาสาสมัครไปช่วยดูแลที่บ้านสัปดาห์ละ 1-2 วัน เพื่อให้ญาติได้พักผ่อนหรือไปจัดการธุระส่วนตัว

4.2 สนับสนุนบำบัดลดความโดดเดี่ยว แม้จะออกไปร่วมกิจกรรมที่ลานชุมชนไม่ได้เหมือนก่อน แต่สามารถนำกิจกรรมเข้าไปหาที่บ้านได้ (Home-based Activities) เช่น ให้อาสาสมัครนำดอกไม้ไปช่วยกันจัด นำนางานศิลปะชิ้นเล็กๆ ไปให้ทำ เพื่อคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

โปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางปานกลาง (Moderately Frail)

โปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางปานกลาง จะมีความแตกต่างจากกลุ่มเริ่มเปราะบาง (Pre-frail) อย่างสิ้นเชิง เพราะจะไม่เน้นการ ฝึกหนักเพื่อกลับมาแข็งแรง แต่จะเน้นการจัดกิจวัตรประจำวัน (Routine Management) ให้ปลอดภัย ลดภาระผู้ดูแล และคงสภาพสมรรถนะให้นานที่สุด เพื่อนำไปปรับใช้ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ หรือชุมชนคั่งตะเภา



โปรแกรมภายใต้ชื่อ "URU Silver Care: คงสภาพสมรรถนะ ด้วยรักและสุนทรีย์ภาพ" โดยแบ่งการดูแลเป็นรายวัน รายสัปดาห์ และรายเดือน ดังนี้

โครงสร้างโปรแกรมระบบการดูแลระยะยาวระดับกลาง URU Silver Care

กิจวัตรประจำวัน (Daily Routine)

จุดประสงค์การสร้างจังหวะชีวิตที่สม่ำเสมอ ปลอดภัย และไม่เหนื่อยจนเกินไป

เช้า (กระตุ้นกายและสมอง): * ตื่นนอน อาบน้ำ (แนะนำให้นั่งเก้าอี้อาบน้ำเพื่อป้องกันลื่นล้ม) 1. ทานอาหารเช้า (ดัดแปลงเนื้อสัมผัสให้นุ่ม เคี้ยวง่าย) พร้อมทานยาตาม "ตลับยาแบ่งมือ" 2. ออกกำลังกาย "การบริหารบนเก้าอี้" (Chair-based Exercise) 15-20 นาที เน้นยืดเหยียดและแกนกลางลำตัว	
กลางวัน (โภชนาการและพักผ่อน) รับประทานอาหารกลางวัน อาจใช้ระบบ "ปิ่นโตนาฬิกา" ที่ส่งจากครัวชุมชนเพื่อลดภาระญาติ) เสริมด้วย "เครื่องดื่มสมุนไพรสุขภาพเคมี นวัตกรรม ๙" อื่นๆ เพื่อเพิ่มโปรตีนระหว่างวัน พักผ่อนงีบหลับสั้นๆ (ไม่เกิน 1 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้เกิดการนอนตอนกลางคืน)	
เย็น/ค่ำ (สุนทรีภาพและการผ่อนคลาย): * -กิจกรรมเบาๆ เช่น ฟังดนตรีท้องถิ่น สวดมนต์ หรือ พุดคุยทบทวนความทรงจำ ทานอาหารเย็น (เน้นย่อยง่าย เช่น ปลาต้ม ผักเปื่อย) -เช็คความเรียบร้อยของทางเดิน เปิดไฟนำทางไปห้องน้ำก่อนเข้านอน	

2. กิจกรรมรายสัปดาห์ (Weekly Community Support) - ดำเนินการโดย "ชุมชน/อสม."

จุดประสงค์คือการนำผู้สูงอายุออกจากความโดดเดี่ยว และให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก (Respite Care)

สัปดาห์ ละ 1-2 วัน	ผู้ดูแล/ ครอบครัว	เข้าศูนย์ Day Care (ศูนย์ดูแลระหว่างวัน) -ญาติพาผู้สูงอายุมาฝากไว้ที่สถานกิจกรรมชุมชน หรือศูนย์ URU-CARE ตั้งแต่เช้าถึงบ่าย -ทำกิจกรรม "ศิลปะสุนทรีบำบัด" ร้องเพลง ทำงานประดิษฐ์ชิ้นใหญ่ ร่วมกับเพื่อนร่วมวัย -เป้าหมายแฝง: เปิดโอกาสให้ผู้ดูแล (ลูกหลาน) ได้ไปทำธุระส่วนตัว พักผ่อน หรือไปทำงานหาเงิน ลดภาวะ Caregiver Burnout
สัปดาห์ ละ 1 วัน	อาสาสมัคร เยี่ยมบ้าน (Home Visit)	-กรณีผู้สูงอายุเดินทางมาศูนย์ไม่ไหว จัดคิวอาสาสมัคร (กลุ่ม Robust) เข้าไปเยี่ยม พุดคุย และเช็คความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในบ้าน
ก า ร ติ ด ต าม รายเดือน	"ทีมสหสาขา วิชาชีพ"	พยาบาล/แพทย์: ประเมินความดันโลหิต ทบทวนการใช้ยา (Deprescribing) เพื่อลดยาที่ไม่จำเป็น

(Monthly MDT Follow-up		นักโภชนาการ: ชั่งน้ำหนัก ประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลง หากน้ำหนักลดควรต้องปรับสูตรอาหารทันที นักกายภาพบำบัด: ประเมิน TUG test ซ้ำ และตรวจเช็คสภาพความเสื่อมของอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น จุกยางไม้เท้าเสื่อมสภาพหรือไม่
-------------------------	--	---

นวัตกรรมสำหรับ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางปานกลาง (Moderately Frail)

จะเน้นที่การใช้เทคโนโลยีและเครื่องมืออัจฉริยะเพื่อ คงสภาพทางร่างกายและจิตใจ ป้องกันความพิการเพิ่มเติม และสนับสนุนกิจวัตรประจำวัน ที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจต้องการความช่วยเหลือบางส่วน แนวปฏิบัติเหล่านี้จะแตกต่างจากกลุ่มแข็งแรงที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ หรือกลุ่มเปราะบางรุนแรงที่เน้นการดูแลระดับประคับประคอง

กลุ่มเปราะบางปานกลาง บูรณาการเทคโนโลยีต่างๆ เข้าด้วยกัน โดย "เน้นการดูแลเพื่อคงสภาพและป้องกันความพิการเพิ่มเติม"

1. การเคลื่อนไหวและป้องกันการล้ม (Intelligent Mobility & Fall Prevention Zone) นวัตกรรมในโซนนี้มีเป้าหมายเพื่อรักษาความสามารถในการเดินและป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการเพิ่มเติมในผู้สูงอายุกลุ่มนี้

อุปกรณ์ช่วยเดินอัจฉริยะ (Intelligent Robotic Walkers): ไม่เพียงแค่ช่วยพยุง แต่มีระบบเซ็นเซอร์ ตรวจจับความลาดเอียง, Fall Detection และระบบนำทางด้วย AI ที่ช่วยวิเคราะห์และปรับระดับแรงพยุงให้เหมาะสม

ชุดเกราะพยางขา (Lower Limb Exoskeletons) อุปกรณ์สวมใส่ที่ช่วยเสริมกำลังกล้ามเนื้อขาในระหว่างการฝึกเดินหรือทำกิจกรรมประจำวัน ช่วยให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้คล่องตัวขึ้นโดยลดความเหนื่อยล้า

ระบบวิเคราะห์การเดินแบบมัลติเซ็นเซอร์ (Multi-sensor Gait Analysis System): ติดตั้งตามพื้นและทางเดินภายในศูนย์เพื่อรวบรวมข้อมูลการเดินอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) วิเคราะห์แนวโน้มและปรับปรุงแผนการฟื้นฟูได้ทันที

VR/AR เพื่อการฟื้นฟูการทรงตัว (VR/AR for Balance Rehabilitation): ใช้ VR/AR จำลองสถานการณ์ต่างๆ เพื่อฝึกการทรงตัวและการตอบสนองในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การเดินข้ามสิ่งกีดขวาง หรือการหลบหลีกในฝูงชน

2. กิจวัตรประจำวันอัจฉริยะและสิ่งแวดล้อม (Intelligent ADL Support & Environment Zone)
นวัตกรรมในโซนนี้เน้นการช่วยผู้สูงอายุในกิจกรรมประจำวัน (ADLs) ที่มีความซับซ้อนน้อยลง เพื่อรักษาความเป็นอิสระให้ได้มากที่สุด

แขนกลช่วยทานอาหาร (Robotic-Assisted Dining Arms): อุปกรณ์อัจฉริยะที่ช่วยตักอาหารและนำไปจ่อที่ปาก ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องมือหรือแขนสามารถทานอาหารได้เอง

สิ่งแวดล้อมอัจฉริยะ (Smart Environment): ภายในศูนย์มีระบบสั่งการด้วยเสียง (Voice-Activated System) ควบคุมระบบไฟ, ประตู, หน้าต่าง, เครื่องใช้ไฟฟ้า และมีเซ็นเซอร์ Fall Detection ทั่วพื้นที่

กล่องยาอัจฉริยะ (Intelligent Medicine Dispensers): มีระบบแจ้งเตือนการทานยา, ตรวจสอบความถูกต้องของยา และระบบติดตามผลความร่วมมือในการรับประทานยา (Compliance Tracking)

3. การดูแลทางไกลและติดตามผล (Remote Care & Continuous Monitoring Zone)

นวัตกรรมในโซนนี้เป็นสะพานเชื่อมระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนและทีมแพทย์ ช่วยให้ดูแลได้อย่างต่อเนื่องและทันที

สถานีเฝ้าหน้าจอเพื่อการดูแล (Multi-Screen Monitoring Station) ศูนย์ดูแลสามารถติดตามข้อมูลสุขภาพแบบ Real-time จากเซ็นเซอร์สวมใส่ (Wearable Sensors) ของผู้สูงอายุ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ, กิจกรรมทางกาย, และ ข้อมูลการเดิน

แพลตฟอร์มการฟื้นฟูทางไกล (Tele-Rehabilitation Platform) ใช้ระบบวิดีโอเพื่อสอนและ ติดตามการออกกำลังกายหรือการฟื้นฟูที่บ้าน โดยมีทีมแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดให้คำแนะนำแบบ Real-time

4. ความรู้คิดและสังคมอัจฉริยะ (Intelligent Cognitive & Social Engagement Zone) นวัตกรรมในโซนนี้เน้นที่การรักษาฟังก์ชันการทำงานของสมองและการเชื่อมต่อกับสังคม

โต๊ะกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ (Interactive Table) ใช้เพื่อการออกกำลังกายสมองผ่านเกมและกิจกรรมต่างๆ เช่น เกมจับคู่, เกมฝึกความจำ

หุ่นยนต์เพื่อนคู่ใจสังคม (Social Companion Robots) มี AI ที่สามารถสนทนา, เล่นเกม, สอน กิจกรรมง่ายๆ และสามารถแจ้งเตือนเหตุฉุกเฉินได้

นวัตกรรมเหล่านี้ไม่ใช่เพียงอุปกรณ์แยกส่วน แต่ทำงานร่วมกันเป็นระบบ Seamless Integration เพื่อให้ผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางปานกลางสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถคงสภาพของตนเองไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การดูแลผู้สูงอายุใน กลุ่มเปราะบางรุนแรง (Severely Frail)

กลุ่มเปราะบางรุนแรง เป็นระยะท้ายของภาวะเปราะบาง ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (Bed-bound หรือติดเตียง ระบบต่างๆ ของร่างกายล้มเหลว และมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตในระยะเวลานับวัน)



เป้าหมาย

เป้าหมาย ทางารแพทย์และพยาบาลในระยะนี้จะเปลี่ยนผ่าน (Paradigm Shift) อย่างสิ้นเชิง จากการมุ่งเน้น ยืดอายุขัยหรือฟื้นฟูสมรรถนะ ไปสู่การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) การจัดการอาการรบกวน และการ รักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในช่วงบั้นปลายชีวิต ภายใต้บริบทของชุมชนและค่านิยม แผนการดูแลแบบบูรณาการ ภายใต้ชื่อ "URU Compassionate Care: ศูนย์ทรัพยากรแห่งความเมตตาและการดูแลระยะท้าย" โดยแบ่งเป็น 4 มิติ ดังนี้

แผนการดูแลแบบบูรณาการ 4 มิติ สำหรับกลุ่มเปราะบางรุนแรง

1. มิติการจัดการอาการรบกวนและสุนทรียภาพทางกาย (Symptom Control & Physical Comfort)

เป้าหมายคือการทำให้อายุยืนที่สุด สุขสบายที่สุดและเจ็บปวดน้อยที่สุด

1. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง: จัดหาที่นอนลมแรงดันสลับ (Alternating pressure mattress)

2. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง พร้อมทำสุนทรียสัมผัส (Therapeutic Touch) เช่น การลูบหลัง ทาโลชั่นกลิ่นสมุนไพรอ่อนๆ เพื่อลดความแห้งของผิวหนังและให้ความรู้สึกอบอุ่น

3. ทำกายภาพบำบัดแบบยืดเหยียดข้อต่อ (Passive ROM) ป้องกันข้อติดแข็งการจัดการความปวดและอาการหอบเหนื่อย: ประเมินความปวดผ่านสีหน้า (Pain Assessment in Advanced Dementia) และใช้ยาแก้ปวดอย่างเหมาะสมตามคำสั่งแพทย์ MDT โดยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยต้องทนทรมาน

2. มิติคลินิกและการถอนยาอย่างมีศิลปะ (Clinical & Art of Deprescribing) การให้ยามากเกินไปในระยะนี้คือการเพิ่มความทรมาน

1. การถอนยา (Deprescribing) แพทย์และเภสัชกรจะพิจารณา "หยุด" ยาที่มุ่งหวังผลระยะยาว เช่น ยาลดไขมัน, ยาควบคุมน้ำตาลในเลือดแบบเข็มงวด, วิตามินบางชนิด และเหลือไว้เพียงยาที่บรรเทาอาการในปัจจุบันเช่น ยาแก้ปวด, ยาลดการหลั่งเสมหะ

2.2 การดูแลทางเดินหายใจ การดูดเสมหะ (Suction) ต้องทำด้วยความนุ่มนวลที่สุด หากมีเสียงเสมหะค้างในลำคอ (Death rattle) อาจพิจารณาใช้ยาลดสารคัดหลั่งแทนการดูดเสมหะบ่อยๆ ที่ทำให้เจ็บปวด

3. มิติโภชนาการและสุขอนามัยช่องปาก (Nutrition & Strict Oral Care) เมื่อร่างกายเข้าสู่ระยะท้าย กลไกการรับอาหารจะลดลงตามธรรมชาติ การบังคับป้อนจะนำไปสู่การสำลักและปอดติดเชื้อ (Aspiration Pneumonia)

3.1 การให้อาหารทางสายยาง (Enteral Feeding) ดูแลความสะอาดของสายให้อาหาร (NG tube/PEG) อย่างเคร่งครัด ใช้อาหารปั่นผสมสูตรครบถ้วนที่ง่ายขึ้น

3.2 การดูแลช่องปาก (Oral Hygiene) แม้จะไม่ได้กินอาหารทางปาก แต่แบคทีเรียในช่องปากคือสาเหตุหลักของปอดติดเชื้อ ต้องแปรงฟันหรือใช้ฟองน้ำชุบน้ำยาบ้วนปากเช็ดทำความสะอาดกระพุ้งแก้มทุกวัน

3.3 สุนทรียภาพทางรสชาติ หากผู้ป่วยยังมีสติ อาจใช้ส้อมชุบน้ำผลไม้ หรือน้ำชุบที่ผู้ป่วยชอบแตะที่ริมฝีปากเพื่อให้รับรู้รสชาติแห่งความสุขในอดีต

4. มิติจิตวิญญาณและการวางแผนล่วงหน้า (Spiritual Care & Advance Care Planning) เป็นมิติที่สำคัญที่สุดในการดูแลกลุ่มเปราะบางรุนแรง เพื่อลดความบาตหมางในครอบครัวและให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

1. การทำสมุดเบาใจ (Living Will / Advance Directive): ทีมพยาบาลชุมชนเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย (หากยังมีสติ) และญาติ เพื่อทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย (เช่น การปั๊มหัวใจ CPR, การใส่ท่อช่วยหายใจ) ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12

4.2 สุนทรียบำบัดทางจิตวิญญาณ: นิมนต์พระสงฆ์จากวัดในชุมชนค้ำตะเกียงมาแสดงธรรม นำสวดมนต์หรือเปิดเสียงสวดมนต์/ดนตรีบำบัดคลอเบาๆ ในห้อง เพื่อให้จิตสงบ

4.3 การประคับประคองผู้ดูแล (Bereavement Care): ทีม อสม. และพยาบาล ต้องเตรียมสภาพจิตใจญาติให้พร้อมรับการสูญเสีย และให้คำปรึกษาหลังการเสียชีวิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสีย (Grief and Mourning)

โปรแกรมการดูแลระยะท้ายและประคับประคอง)

1. กิจกรรมประจำวัน (Daily Palliative Routine) ดำเนินการโดย "ผู้ดูแล/พยาบาล" เป้าหมายคือ "ความสุขสบายสูงสุด" ของผู้ป่วย

1.1 การจัดการท่าทางและสุขอนามัย: * พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง (เพื่อป้องกันแผลกดทับ) และทำกายภาพข้อต่อ (Passive ROM) เบาๆ

1.2 ดูแลความสะอาดช่องปากอย่างเคร่งครัด (Oral care) ด้วยสำลีชุบน้ำหรือน้ำยาบ้วนปาก แม้ผู้ป่วยจะไม่ได้ทานอาหารทางปากก็ตาม เพื่อลดเสมหะและโอกาสปอดอักเสบ

1.3 สุนทรียสัมผัส (Aesthetic Touch): * เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นผสมน้ำมันหอมระเหยอ่อนๆ (เช่น กลิ่นใบเตยหรือลาเวนเดอร์)

1.4 นวดสัมผัสเบาๆ ที่มือและเท้า (Therapeutic touch) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความอบอุ่นและลดความกระสับกระส่าย

1.5 โภชนาการที่เน้นความสบาย: * หากรับอาหารทางสายยาง (NG tube) ให้ดูแลเรื่องความสะอาดและลดความเสี่ยงการสำลัก หากมีสติและยังพอรับรสได้ ให้ใช้สำลีชุบน้ำหวานหรือน้ำผลไม้ที่ผู้ป่วยชอบ ตะเกียบหัดฝึกปากเพื่อความชุ่มชื้น

1.6 การจัดการอาการรบกวนเฉพาะหน้า (Symptom Management Protocol) กลุ่มประเภทยาบรรเทาปวดมักเผชิญกับอาการที่ไม่สบาย ทีมดูแลต้องจัดการอย่างรวดเร็ว

1.7 การจัดการความปวด (Pain Control): ใช้ยาแก้ปวดที่เหมาะสมตามคำสั่งแพทย์ MDT เช่น ยาในกลุ่ม Opioids) ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยกระสับกระส่าย

1.8 การดูแลระบบทางเดินหายใจ หากมีเสมหะคั่งค้าง (Death rattle) ให้ใช้วิธีพลิกตะแคงตัว หรือพิจารณาให้ยาลดการหลั่งสารคัดหลั่ง หลีกเลียงการ Suction (ดูดเสมหะ) บ่อยๆ หากผู้ป่วยต่อต้านหรือเจ็บปวด

2. กิจกรรมรายสัปดาห์ / ตามวาระ (Spiritual & Psychosocial Support)

2.1 ดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบมีจิตใจดีวิญญาณ: นิมนต์พระสงฆ์ หรือนำทางศาสนามาเยี่ยมเยียน เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวล

1. เปิดเสียงสวดมนต์ หรือดนตรีบำบัดเบาๆ ในห้อง

2. การวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning): ทีม MDT พูดคุยกับญาติเพื่อทำ "สมุดเบ้าใจ" (Living Will) ตกลงเรื่องการไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการไม่ปั๊มหัวใจ (Do Not Resuscitate: DNR) เพื่อลดความขัดแย้งในครอบครัวเมื่อถึงวาระสุดท้าย

4. การติดตามรายเดือน / เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง (MDT Coordination)

1. การถอนยาอย่างมีศิลปะ (Deprescribing): แพทย์และเภสัชกรทบทวนยาทุกตัว หยุดยารักษาโรคเรื้อรังที่มุ่งหวังผลระยะยาว (เช่น ยาลดไขมัน) คงไว้แต่ยาที่บรรเทาอาการ (เช่น ยาแก้ปวด ยาลดไข้)

4.2 การสนับสนุนผู้ดูแล (Bereavement Care): ทีมพยาบาลและ อสม. ต้องคอยพูดคุยประเมินความเครียดของญาติ และให้คำปรึกษาเตรียมความพร้อมรับการสูญเสีย

สรุปแนวทางการดูแลผู้สูงอายุบูรณาการ

ระดับ คะแนน	ระดับสุขภาพ	แนวทางการจัดการ
0 - 5 คะแนน	สุขภาพแข็งแรงดี	แนวทาง: ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก ป้องกันโรค และดึงเข้าร่วมกลุ่มนวัตกรรมสังคม (URU-SMART) เพื่อเป็นอาสาสมัคร
6 - 10 คะแนน	สุขภาพเริ่มเปราะบาง (Pre-Frail)	แนวทาง: ระวังวิกฤตที่ต้องรีบฟื้นฟู เน้นฟื้นฟูและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะด้านที่บกพร่อง เช่น โภชนาการโปรตีนสูง ออกกำลังกายเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ
11 - 15 คะแนน	สุขภาพเปราะบาง (Frail)	แนวทาง: เน้นการดูแลเพื่อคงสภาพและป้องกันความพิการเพิ่มเติม การจัดการโดยทีม MDT เพิ่มรูปแบบ ปรับสภาพบ้าน ทบทวนยาอย่างละเอียด และติดตามอาการอย่างใกล้ชิดผ่าน Tele-care
16 - 20 คะแนน	Severely Frail (เปราะบางรุนแรง)	แนวทาง: เข้าสู่ระบบ Long-term Care หรือ Palliative Care เน้นคุณภาพชีวิตและความสุขในช่วงท้าย

การบูรณาการนวัตกรรมสังคมและภูมิปัญญาท้องถิ่น

การบูรณาการนวัตกรรมสังคมและภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการวางรากฐานการดูแลสุขภาพที่เน้นการพึ่งพาตนเองและคุณค่าทางวัฒนธรรม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับฐานราก โดยเฉพาะภายใต้การเชื่อมโยงวิชาการสู่ชุมชน โดยสามารถจำแนกความสำคัญได้ในมิติต่างๆ ดังนี้

1. การรักษาคุณค่าในตนเองและการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐานช่วยให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนบทบาทจาก "ผู้รับบริการ" มาเป็น "ผู้ถ่ายทอดความรู้" (Active Ageing) กิจกรรมที่อาศัยทักษะดั้งเดิม เช่น การทำหัตถกรรมสิ่งทอหรือการคัดแยกสมุนไพร ช่วยสร้างความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเอง (Self-worth) และลดภาวะซึมเศร้าจากการถูกทอดทิ้ง (นริรัตน์ และคณะ, 2567; ศศิพัฒน์ และคณะ, 2560)

2. การตอบสนองสมรรถนะภายในตามแนวคิด ICOPE (Functional Maintenance) นวัตกรรมสังคมที่ออกแบบจากวิถีชีวิตดั้งเดิมสามารถส่งเสริมสมรรถนะหลัก 6 ด้านขององค์การอนามัยโลกได้อย่างกลมกลืน เช่น การร่ำรวยพื้นบ้านช่วยเรื่องการเคลื่อนไหว (Locomotion) และการถ่ายทอดตำรับยาช่วยเรื่องความรู้คิด (Cognition) ซึ่งเป็นการชะลอภาวะเปราะบางที่มีประสิทธิภาพ (กรมอนามัย, 2564; World Health Organization [WHO], 2019)

3. การบูรณาการเศรษฐกิจสุขภาพและนวัตกรรมชุมชน (Social Innovation & Economy) เมื่อภูมิปัญญาถูกยกระดับเป็นนวัตกรรมสังคม (Social Innovation) เช่น การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรท้องถิ่น จะก่อให้เกิดเศรษฐกิจ

หมุนเวียนในพื้นที่ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีรายได้และส่งผลต่อความมั่นคงทางสุขภาพที่ยั่งยืน (สมศักดิ์ และคณะ, 2566; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

4. การลดช่องว่างและความปลอดภัยทางวัฒนธรรม (Cultural Safety) ผู้สูงอายุในชนบทมีความผูกพันกับความเชื่อดั้งเดิม การนำภูมิปัญญามาใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (Evidence-Based Practice) ช่วยลดแรงต้านและสร้างความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ (Seamless Care) และมีความปลอดภัยทางจิตวิญญาณ (กฤษณา และคณะ, 2564; พรทิพย์ และคณะ, 2565)

5. การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นเพื่อความคุ้มค่าทางการแพทย์ (Cost-Effectiveness) การบูรณาการสมุนไพรพื้นถิ่นและการปรับสภาพแวดล้อมโดยใช้วัสดุในพื้นที่ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการพึ่งพาเคมีที่ไม่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุแบบองค์รวม (วรรณ และคณะ, 2566; สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2566)

การใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นถิ่นในการจัดการภาวะเปราะบางและส่งเสริมสุขภาพ

การใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นถิ่น (Local Herbal Wisdom) ในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ใช่เพียงการรักษาเชิงรับ แต่เป็นกลยุทธ์สำคัญในการจัดการ "ภาวะเปราะบาง (Frailty)" และการรักษาสมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity) ตามแนวทาง ICOPE โดยการนำทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาบูรณาการกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การจัดการภาวะเปราะบางทางกาย (Physical Frailty Management)

ภูมิปัญญาสมุนไพรมีบทบาทสำคัญในการบรรเทาอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) โดยเฉพาะปัญหาการเคลื่อนไหว (Locomotion) และอาการปวดเรื้อรัง เช่น ไพล ชิง และขมิ้นชัน นำมาทำเป็นลูกประคบหรือน้ำมันนวดเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ลดการอักเสบของข้อและกล้ามเนื้อ ช่วยให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้สะดวกขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเตียง และการบรรเทาปวดด้วยสมุนไพรช่วยลดการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ซึ่งมักส่งผลเสียต่อไตและระบบทางเดินอาหารในผู้สูงอายุ (วรรณ และคณะ, 2566; สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2566)

2. การส่งเสริมสมรรถนะด้านโภชนาการและพลังงาน (Vitality) สมุนไพรพื้นถิ่นที่ใช้เป็นอาหาร (Functional Food) ช่วยแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการซึ่งเป็นสาเหตุหลักของภาวะเปราะบาง สมุนไพรช่วยย่อยและเจริญอาหาร การใช้ผักพื้นบ้านที่มีรสขม ชื่น หรือเผ็ดร้อน เช่น มะระ ชื่นก กะเพรา และขี้เหล็ก ช่วยกระตุ้นความอยากอาหารและการทำงานของระบบย่อยอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อการรักษาเมตาบอลิซึมของร่างกาย (กรมอนามัย, 2564)

3. การดูแลสุขภาพจิตและคุณภาพการนอนหลับ (Psychological Well-being) กลิ่นบำบัด (Aromatherapy) จากสมุนไพรพื้นบ้านช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการนอนหลับ สมุนไพรรสหอมเย็น เช่น มะลิ ใบเตย และผิวมะกรูด ช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย ลดภาวะสับสนเฉียบพลัน และช่วยให้การนอนหลับมีคุณภาพดีขึ้น ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายในวันรุ่งขึ้น เป็นการบำบัดด้วยสุนทรียภาพที่ปราศจากผลข้างเคียงจากยาากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (นริรัตน์ และคณะ, 2567; WHO, 2019)

4. การสร้างนวัตกรรมสังคมและความยั่งยืน (Social Innovation) การนำสมุนไพรมาแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน เช่น ยาหม่องสมุนไพร หรือชาสมุนไพร เป็นนวัตกรรมสังคมที่สร้างรายได้และคุณค่า ผู้สูงอายุที่

ร่วมผลิตหรือถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่องสมุนไพรจะรู้สึกว่าคุณมีพลัง (Empowerment) และเป็นส่วนหนึ่งของโมเดล URU-SMART ที่ช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจชุมชนควบคู่กับสุขภาพ (สมศักดิ์ และคณะ, 2566)

ข้อควรระวังในการบูรณาการ

แม้สมุนไพรจะมีประโยชน์ แต่ทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) โดยเฉพาะเภสัชกร ต้องเฝ้าดูแลเรื่อง ปฏิกริยาระหว่างยากับสมุนไพร (Herb-Drug Interaction) อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่กินยาละลายลิ่มเลือดหรือยารักษาโรคเรื้อรังหลายชนิด เพื่อให้มั่นใจว่าการใช้ภูมิปัญญาเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด (Mofina et al., 2022)

ผ่านนวัตกรรมสังคมและภูมิปัญญาสมุนไพรส่งเสริมสุขภาพและรายได้

การสร้างการมีส่วนร่วมและยกระดับเศรษฐกิจชุมชนผ่านนวัตกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรทำความสะอาดครัวเรือน (Household Cleaning Products) ถือเป็นกลยุทธ์การขับเคลื่อนที่ทรงพลัง เนื่องจากการเปลี่ยน "ค่าใช้จ่าย" ในครัวเรือนให้กลายเป็น "รายได้" และเปลี่ยน "สารเคมี" ให้กลายเป็น "สมุนไพรปลอดภัย" ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะและเศรษฐกิจดังนี้

1. การยกระดับสุขภาวะ (Health & Well-being Enhancement) การเปลี่ยนมาใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดจากสมุนไพรพื้นถิ่น เช่น มะกรูด ประคำดีควาย อัญชัน ช่วยลดการสัมผัสสารเคมีอันตรายในชีวิตประจำวัน ลดอาการระคายเคือง สารสกัดธรรมชาติช่วยลดปัญหาผื่นคันหรือผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสารชะล้างรุนแรง (เช่น SLS/SLES ในปริมาณสูง) ซึ่งสำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุที่มีผิวบางและเปราะบาง กลิ่นหอมระเหยธรรมชาติจากผิวมะกรูดหรือตะไคร้หอมในน้ำยาถูพื้นและน้ำยาปรับผ้านุ่ม ช่วยให้นอนในบ้านรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด และช่วยไล่แมลงโดยไม่ต้องใช้สารพิษ (นริรัตน์ และคณะ, 2567; วรณา และคณะ, 2566)

2. การสร้างรายได้และเศรษฐกิจหมุนเวียน (Economic Empowerment) นวัตกรรมนี้ช่วยสร้างความเข้มแข็งทางการเงินให้กับชุมชนผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ การผลิตน้ำยาล้างจานหรือน้ำยาซักผ้าใช้เองในกลุ่มผู้สูงอายุและแม่บ้านช่วยลดรายจ่ายคงที่ของครัวเรือน และเมื่อพัฒนาจนได้มาตรฐาน เช่น มผช. ก็สามารถจำหน่ายเป็นสินค้าชุมชน เพื่อสร้างรายได้เสริม การสร้างห่วงโซ่คุณค่าในพื้นที่ (Value Chain) เกิดการรับซื้อวัตถุดิบสมุนไพรจากสวนหลังบ้านของคนในชุมชน ทำให้เม็ดเงินหมุนเวียนภายในพื้นที่ ไม่ไหลออกสู่กลุ่มทุนภายนอก (สมศักดิ์ และคณะ, 2566; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

3. การมีส่วนร่วมและพลังอำนาจทางสังคม (Social Participation & Empowerment) กระบวนการผลิตเป็นเครื่องมือในการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุตามแนวคิด Active Ageing ในพื้นที่คุ้งตะเภา การรวมกลุ่มทำน่ายาทำความสะอาดช่วยให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (Locomotion & Cognition) ได้ฝึกสมองในการคำนวณสัดส่วน และได้ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและสร้างความรู้สึกรักภาคภูมิใจในฐานะ "ผู้ผลิต" (ศศิพัฒน์ และคณะ, 2560; WHO, 2019)



ตารางสรุปประโยชน์ของผลิตภัณฑ์สมุนไพรต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ

ประเภทผลิตภัณฑ์	สมุนไพรที่แนะนำ	ประโยชน์ต่อสุขภาพ	ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ
น้ำยาล้างจาน	มะกรูด, มะนาว	ขจัดคราบมัน หน่อม มือ ไม่ทิ้งสารตกค้าง	ลดรายจ่ายซื้อน้ำยา เคมีรายเดือน
น้ำยาถูพื้น	ตะไคร้หอม, มะกรูด	ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ไล่ยุง และแมลง กลิ่นฟุ้ง คลาย	สร้างผลิตภัณฑ์ เอกลักษณ์ท้องถิ่น
น้ำยาซักผ้า	ประคำดีควาย, อัญชัน	ซักสะอาด อ่อนโยนต่อ ผิวหนัง ลดอาการแพ้	พัฒนาเป็นสินค้า OTOP ระดับพรีเมียม
น้ำยาปรับผ้านุ่ม	กุหลาบมอญ, เตยหอม	กลิ่นหอมบำบัดจิตใจ ลดการใช้สารน้ำหอม สังเคราะห์	ต่อยอดสู่ธุรกิจบริการ

นวัตกรรมภูมิปัญญาสมุนไพรส่งเสริมภาวะโภชนาการ

ผู้สูงอายุในกลุ่ม Pre-frail มักเผชิญกับ "ภาวะเบื่ออาหารในผู้สูงอายุ" (Anorexia of Aging) ซึ่งทำให้ได้รับโปรตีนไม่พอจนกล้ามเนื้อฝ่อลีบ (Sarcopenia) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุชาวไทยส่วนใหญ่มักมี ภาวะย่อยแลคโตสบกพร่อง (Lactose Intolerance) ทำให้เมื่อดื่มนมวัวหรือเวย์โปรตีนทั่วไปจะมีอาการท้องอืด ท้องเสีย และทำให้เลิกดื่มนมในที่สุด (Di Rienzo et al., 2013) นวัตกรรม "นวาสูตร ๙" จึงถูกออกแบบมาเพื่อแก้ปัญหานี้โดยใช้หลักการ Dual-Action คือ

1. ใช้โปรตีนพืช (Plant-based Protein) เพื่อให้ย่อยง่าย สบายท้อง ได้แก่ อาหารจำพวกถั่วต่างๆ เช่น ถั่วเลนทิล, ถั่วลูกไก่, เต้าหู้, เทมเป้, นมถั่วเหลือง, เมล็ดพืช และผักบางชนิดที่เป็นแหล่งโปรตีนชั้นดี



2. ใช้สารพฤกษเคมีจากสมุนไพร (Phytochemicals) เพื่อกระตุ้นน้ำย่อย ลดการอักเสบ และแต่งกลิ่นสุนทรีย์บำบัด (Aromatherapy) ให้เกิดความอยากอาหาร



โครงสร้างส่วนประกอบ

การคิดค้นสูตรจะเน้นวัตถุดิบที่หาได้ชุมชนเพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจฐานราก

1. แหล่งโปรตีนหลัก (The Builder): ถั่วดาวอินคา (Sacha Inchi) หรือ ถั่วเหลือง ถั่วดาวอินคามีโปรตีนสูงและมีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน โดยเฉพาะ Leucine ที่สำคัญต่อการสร้างกล้ามเนื้อ รวมถึงมีโอเมก้า 3 ที่ช่วยลดการอักเสบของเซลล์ (Wang et al., 2018)
2. สมุนไพรกระตุ้นระบบทางเดินอาหาร (The Stimulator) ระตุ้นน้ำย่อย ลดการอักเสบ และมีกลิ่น

ที่ใช้ในสุนทรียบำบัด (Aromatherapy) เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร โดยสมุนไพรเหล่านี้มักเป็นเครื่องเทศที่มีฤทธิ์ร้อน และมีกลิ่นหอมเฉพาะตัว ได้แก่ ขิงแก่ (Ginger) และ กระชาย ซึ่งสาร Gingerol ในขิงช่วยกระตุ้นการบีบตัวของกระเพาะอาหาร ลดอาการท้องอืด และช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเจริญอาหารขึ้น (Wu et al., 2008) กลิ่นหอมระเหยช่วยให้รู้สึกสดชื่น

3. สารให้ความหวานทดแทน (The Harmonizer) คือ หญ้าหวาน ให้รสหวานละมุนที่ปลายลิ้น ซึ่งจำเป็นต่อสุนทรียภาพในการดื่ม แต่ไม่เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด (Glycemic control)

การบูรณาการในโปรแกรม "นาทิทอง 12 สัปดาห์" (Integration)

เครื่องดื่มนี้จะถูกนำมาเสิร์ฟแบบ "อุ่นๆ" ทันทีหลังจากการฝึกการบริหาร การออกกำลังกายด้วยแรงต้าน ภายใน 30-45 นาที ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่กล้ามเนื้อเปิดรับโปรตีนไปซ่อมแซมได้ดีที่สุด

วิสาหกิจชุมชน สามารถถ่ายทอดสูตรนี้ให้กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มแข็งแรง ในคังตะเกา เป็นผู้ผลิตในรูปแบบผงชงดื่ม (Instant Powder) ภายใต้แบรนด์ของมหาวิทยาลัย เพื่อสร้างรายได้หมุนเวียน

นวัตกรรมด้านโภชนาการสำหรับกลุ่ม Pre-frail (เริ่มเปราะบาง) หัวใจสำคัญคือการแก้ปัญหา "ภาวะเบื่ออาหาร (Anorexia of Aging)" และ "การขาดโปรตีนที่นำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบ (Sarcopenia)

ประเภท	นวัตกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบนวัตกรรม
1. นวัตกรรมประเภทเครื่องมือและสื่อ (Tools & Educational Innovation)	จานสุนทรียโภชนา นาวาอูตตร ๙" (Nava Uttara ๙ Aesthetic Plate)	ผู้สูงอายุมักไม่เข้าใจคำว่า "โปรตีน 1 กรัม ต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม" ทำให้กะปริมาณอาหารไม่ถูก	จานอาหารที่ออกแบบลดลายแบ่งสัดส่วนแบบกึ่งสำเร็จรูป (Visual Portion Control) แต่มีความสวยงามเชิงศิลปะ (สุนทรียภาพ) โซนโปรตีน (ครึ่งจาน): มีลดลายที่สื่อถึงวัตถุดิบท้องถิ่น เช่น ภาพปลาแม่น้ำน่านหรือไข่ไก่ พร้อมคำแนะนำง่ายๆ เช่น "มือนี้ขอปลาขนาดเท่าฝ่ามือคุณตา" หรือ "ไข่ต้ม 1 ฟอง" โซนคาร์โบไฮเดรตและผัก: เน้นข้าวกล้องและผักพื้นบ้านที่ต้มจนเปื่อย
2. นวัตกรรมประเภทผลิตภัณฑ์อาหาร (Food Product Innovation)	นวัตกรรม: "ผงโรยข้าวเสริมพลัง นาวาอูตตร ๙" (Nava Uttara ๙ High-Protein Seasoning Powder)	กลุ่ม Pre-frail มักมีปัญหากลืนเคี้ยวและการกลืน (Dysphagia) ทำให้ไม่อยากกินเนื้อสัตว์ชิ้นใหญ่และเบื่ออาหารรสชาติจืดชืด	นำภูมิปัญญาท้องถิ่นเรื่อง "น้ำพริกผง" มาประยุกต์เป็นผงโรยข้าวสไตล์ญี่ปุ่น (Furikake) แต่ใช้วัตถุดิบท้องถิ่นอุดรดิตถ์

ประเภท	นวัตกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบนวัตกรรม
นวัตกรรมประเภทระบบบริการ (Service System Innovation)	: ระบบ "ปีนโต นา ท ี ท อ ง " (Golden Period Pinto System)	ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง มักทำอาหารง่ายๆ ซ้ำๆ เช่น กินข้าวกับน้ำปลา หรือแกงถุงเก่าๆ ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ	ระบบจับคู่ (Matching) การดูแลเรื่องอาหารในชุมชน อาสาสมัครกลุ่มแข็งแรง (Robust) หรือร้านอาหารในชุมชนคึงตะเกาที่เข้าร่วมโครงการ จะรับหน้าที่ปรุง "เมนูโปรตีนสูง" (เช่น แกงเลียงปลาแห้ง, ไข่ตุ๋นสมุนไพร) จัดส่งด้วย "ปีนโต" ให้กลุ่ม Pre-frail วันละ 1 มื้อ (มื่อกลางวันหรือเย็น) ข้อดีซ้อนทับ: ตอนส่งปีนโต อาสาสมัครจะได้พูดคุยทักทาย ประเมินความเสี่ยงหกล้ม และเช็คสุขภาพจิตไปในตัว (บูรณาการมิติโภชนาการและสังคมเข้าด้วยกัน)
4. นวัตกรรมประเภทการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญา (Wisdom Integration Innovation)	"เมนูเครื่องดื่ม ยาอายุวัฒนะยุคใหม่" (Modern Herbal Protein Drink)	ผู้สูงอายุบางราย ปฏิเสธการดื่ม "นม" หรือ "เวย์โปรตีน" แบบตะวันตก เพราะอาการท้องอืด (Lactose Intolerance) หรือไม่คุ้นชินรสชาติ	พัฒนาสูตรเครื่องดื่มที่ผสมโปรตีนพืชเข้ากับสมุนไพรบำรุงกำลัง สูตรตัวอย่าง: "น้ำนมข้าวโพด/น้ำเต้าหู้ผสมสารสกัดกระชายและหญ้าหวาน" หรือ "น้ำถั่ว 5 สีส้มน้ำขิง" เลิรฟ่อนๆ ในช่วงกิจกรรมศิลปะบำบัดหรือหลังจากทำกิจกรรม "กฤตยาการบริหาร" ในค่ายฟื้นฟู 12 สัปดาห์ เพื่อให้ร่างกายดูดซึมโปรตีนไปซ่อมแซมกล้ามเนื้อได้ทันที พร้อมกลืนสมุนไพรที่ช่วยให้ผ่อนคลาย

ปัญหาและอุปสรรคและโอกาสนวัตกรรมการโภชนาการสู่การปฏิบัติได้จริง

ปัญหา "ผู้สูงอายุอยู่ลำพังและไม่มีผู้ดูแลคอยเตรียมอาหารให้" เป็นจุดเปราะบางที่สำคัญที่สุดในงานสาธารณสุขชุมชน เรียกว่าภาวะนี้ว่า ความเปราะบางทางสังคม (Social Frailty) เพราะผู้สูงอายุกลุ่ม Frail มักไม่มีแรงเดินไปจ่ายตลาด ยืนทำกับข้าวไม่ไหว หรืออาจเสี่ยงต่ออุบัติเหตุไฟไหม้/น้ำร้อนลวกในครัวได้ เพื่ออุดช่องโหว่นี้ การพัฒนานวัตกรรมอาหารสำหรับกลุ่มเปราะบางรุนแรง จึงต้องข้ามจากการเป็นแค่ "สูตรอาหาร" ไปสู่ "นวัตกรรมเชิงระบบ (System Innovation) ที่ครอบคลุมตั้งแต่การผลิตไปจนถึงปากของผู้สูงอายุ แนวทางแก้ปัญหา 3 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1: การออกแบบนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ให้อยู่ในรูปแบบ "พร้อมทานและเก็บรักษาได้นาน" (Ready-to-Eat Product Innovation)

ผลิตภัณฑ์ต้องออกแบบมาให้ผู้สูงอายุที่มีมือไม่มีแรงสามารถจัดการเองได้ง่ายที่สุด

อาหารเทคโนโลยี นำเมนูอาหารอ่อน เช่น ข้าวต้มปลาแม่น้ำน่าน หรือแกงเลียงหัวปลี มาบรรจุในซองพอยล์ฆ่าเชื้อที่เก็บในอุณหภูมิห้องได้นาน 1-2 ปี ผู้สูงอายุเพียงแค่อุ่นในไมโครเวฟก็รับประทานได้ทันที ไม่ต้องอุ่นร้อน

นวัตกรรมผงชงละลายง่าย พัฒนาเครื่องดื่มพอกซเคมีเสริมโปรตีน นวอสูตร ๙ ให้อยู่ในรูปแบบที่ละลายได้แม้น้ำอุณหภูมิห้อง เพื่อแก้ปัญหาผู้สูงอายุต้มน้ำร้อนไม่ไหว หรือเสี่ยงน้ำร้อนลวก

บรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Universal Design Packaging): ใช้ฝาขวดเกลียวใหญ่พิเศษ ฝาดึงแบบห้วงกว้าง หรือช่องที่รอยฉีกขาดง่าย เพื่อให้ผู้สูงอายุที่กล้ามเนื้ออ่อนแอ (Grip strength ต่ำ) เปิดเองได้โดยไม่ต้องรอคนช่วยเหลือ

มิติที่ 2 นวัตกรรมระบบบริการ "ครัวชุมชน" เปลี่ยนจุดอ่อนให้เป็นจุดแข็ง โดยเชื่อมโยงกลุ่มผู้สูงอายุเข้าด้วยกัน

Delivery ใช้ระบบอาสาสมัคร หรือ อสม. ในพื้นที่ เป็นผู้นำร่องจัดส่ง "ปันโตพร้อมทาน" ในแต่ละวัน หรือส่งมอบอาหาร Retort Pouch เป็นรายสัปดาห์ โดยใช้ช่วงเวลาจัดส่งเพื่อพูดคุยประเมินสุขภาพจิตและสังเกตสภาพแวดล้อมในบ้าน (Home Visit)

มิติที่ 3: บูรณาการทุนทางสังคมและกลไกการเงิน (Social Capital & Financial Mechanism) เพื่อให้นวัตกรรมนี้ยั่งยืนและไม่เป็นภาระของอาสาสมัครเพียงฝ่ายเดียว:

Cross-subsidy (ระบบเกื้อกูล): นำผลิตภัณฑ์อาหาร นวัตกรรม ๙ ไปวางจำหน่ายเป็นของฝากของขวัญให้คนทั่วไปหรือนักท่องเที่ยว และนำกำไรส่วนหนึ่งมาสมทบทุนเป็นค่าอาหารและค่าจัดส่งให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่ยากไร้

ดึงงบประมาณท้องถิ่น: เชื่อมโยงโครงการนี้เข้ากับ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) ของ อบต. หรือเทศบาล เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณค่าวัตถุดิบในการทำอาหารสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ธนาคารอาหารชุมชน (Food Bank): บูรณาการร่วมกับวัดในพื้นที่ ซึ่งมีอาหารเหลือจากการบิณฑบาต โดยให้ทีมชุมชนนำมาคัดแยก บรรจุใหม่ให้ถูกสุขลักษณะ และแปรรูปส่งต่อให้กลุ่มเปราะบาง

การติดตาม ประเมินผล และการพัฒนาคุณภาพระบบดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

การประเมินผลระบบดูแลผู้สูงอายุตามแนวทาง URU-FRAILITY และระบบวิสาหกิจ อาศัยกรอบการประเมินแบบพหุมิติ (Multi-domain assessment) เพื่อให้มั่นใจว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนามาไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นรูปธรรม การประเมินผลแบ่งออกเป็น 4 ส่วนหลัก ดังนี้

6.1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes)

ตัวชี้วัดนี้มุ่งประเมินประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพร่างกายและการป้องกันภาวะพึ่งพิง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2024)

- อัตราการผันกลับของภาวะเปราะบาง (Frailty Reversal Rate) ติดตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในกลุ่ม Pre-frail ที่สามารถปรับระดับคะแนนกลับมาสู่กลุ่ม Robust ได้ภายใน 12 สัปดาห์ ซึ่งงานวิจัยยืนยันว่าโปรแกรมแบบพหุมิติสามารถผันกลับภาวะนี้ได้จริง (Clegg & Rockwood, 2024; Tarazona-Santabalbina et al., 2022)
- การคงสภาพความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL & IADL Maintenance) ใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index และ Lawton IADL Scale ติดตามความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางปานกลาง โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอการลดลงของสมรรถนะ (Dent & Morley, 2023)
- อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Events) ตรวจสอบติดตามอัตราการพลัดตกหกล้ม (Falls incidence) และแผลกดทับ โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ (Healthcare Quality Improvement Partnership [HQIP], 2023)

4. อัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (30-Day Readmission Rate): ประเมินประสิทธิภาพของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Seamless transition of care) เพื่อลดอัตราการกลับเข้าโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ (Travers & Henderson, 2025)

6.2 ตัวชี้วัดด้านคุณภาพชีวิตและความสุข (Well-being & Patient Experience)

การดูแลจำเป็นต้องวัดผลสัมฤทธิ์ทางด้านจิตใจและประสบการณ์ควบคู่กัน ดังนี้

1. การวัดประสบการณ์ของผู้รับบริการ (Patient-Reported Experience Measures: PREMs): ประเมินว่าผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และความพึงพอใจต่อบริการในชุมชน (Graham et al., 2023; Howard et al., 2025)

2. การประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life): ใช้เครื่องมือมาตรฐานประเมินความสุขและสุขภาพโดยรวม ทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของแนวคิด Active Aging (Yu & Woo, 2023)

4. การลดภาระของผู้ดูแล (Caregiver Burden Reduction): ใช้แบบประเมิน Zarit Burden Interview (ZBI) ประเมินความเครียดของญาติหรือผู้ดูแลหลัก เพื่อปรับแผนจัดบริการ Respite Care ให้สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัว (Lim & Chen, 2023)

6.3 ตัวชี้วัดระดับระบบและการทำงานของทีมน (System & Team Performance) ประเมินประสิทธิภาพของกลไกการบริหารจัดการภายในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายชุมชน

1. ประสิทธิภาพการทำงานของทีมนสหสาขาวิชาชีพ (MDT Efficiency): ประเมินระยะเวลาตั้งแต่การคัดกรอง ICOPE ไปจนถึงการลงพื้นที่จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Time to intervention) (Cesari et al., 2022; Ma et al., 2022)

2. อัตราการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร (Volunteer Engagement Rate): ติดตามการอุทิศตนของผู้สูงอายุกลุ่มแข็งแรงในฐานะ "อาสาสมัคร" ซึ่งการส่งเสริมบทบาททางสังคมช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของระบบสาธารณสุขชุมชน (Martin & Walston, 2024)

3. ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-Effectiveness): ประเมินความคุ้มค่าของการลดยาที่ไม่จำเป็น (Deprescribing) (Romero-Ortuno & Kenny, 2023) และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพในชุมชน (Tavassoli et al., 2022)

6.4 กระบวนการถอดบทเรียน (AAR) และการวิจัยเพื่อพัฒนาต่อยอด (R&D)

เพื่อให้ระบบนิเวศสุขภาพชุมชนเกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Learning Health System)

1. การทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR): นำระบบ AAR มาใช้เพื่อทบทวนกระบวนการทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอโดยปราศจากการจับผิด (Blame-free culture) เพื่อยกระดับความปลอดภัย (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC], 2024)

2. วงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act): นำข้อมูลสรุปจากตัวชี้วัดมาปรับปรุงคู่มือปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ (Crocker et al., 2023)

4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR): สนับสนุนให้เกิดงานวิจัย R&D ทางด้านนวัตกรรมชุมชนร่วมกับผู้สูงอายุ เช่น การบูรณาการไคชิติจิทัลเพื่อการออกกำลังกาย (Okpara et al., 2025) และนวัตกรรมโภชนาการ เพื่อต่อยอดสู่ระดับชาติ (Lally et al., 2022)

เครื่องมือที่เกี่ยวข้อง

แบบสอบถามภาวะเปราะบาง (Frail scale)

การคัดกรองภาวะเปราะบาง

คำถาม	0 คะแนน	1 คะแนน
1. ใน 4 สัปดาห์ รู้สึกอ่อนเพลียตลอดเวลาหรือเกือบตลอดเวลาหรือไม่	☐ ไม่มี	☐ มี
2. เวลาท่านเดินขึ้นบันได 10 ขั้นด้วยตัวเองโดยไม่หยุดพัก และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย ท่านมีปัญหาหรือไม่	☐ ไม่มี	☐ มี
3. เวลาท่านเดิน 300-400 เมตรด้วยตัวเองโดยไม่หยุดพัก และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย ท่านมีปัญหาหรือไม่		
4. แพทย์เคยแจ้งว่าท่านมีโรคต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ ☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคมะเร็ง (ไม่รวมมะเร็งผิวหนัง) ☐ โรคปอดเรื้อรัง ☐ โรคหลอดเลือดหัวใจกำเริบ ☐ ภาวะหัวใจวาย ☐ โรคหอบหืด ☐ อาการแน่นหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ☐ ภาวะข้ออักเสบ ☐ โรคหลอดเลือดสมอง ☐ โรคไต	☐ 0-4 โรค	☐ 5- โรค
5. ปัจจุบันท่านหนักเท่าไร (ชั่งน้ำหนักโดยไม่สวมรองเท้า) = กิโลกรัม 1 ปีก่อนหน้านี้น้ำหนักเท่าไร (ชั่งน้ำหนักโดยไม่สวมรองเท้า) = กิโลกรัม		

การแปลผล กลุ่มแข็งแรง 0 คะแนน กลุ่มก่อนเปราะบาง 1-2 คะแนน กลุ่มเปราะบาง ≥ 3 คะแนน

แบบประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ: Modified Thai Frailty Index

คำถาม	คะแนน =0	คะแนน = 1
1.ผู้ป่วยมีโรคหรือมีภาวะต่อไปนี้หรือไม่ (13 คะแนน)	☐ ไม่มี	☐ มี
1.1 โรคความดันโลหิตสูง	☐ ไม่มี	☐ มี
1.2 โรคเบาหวาน	☐ ไม่มี	☐ มี
1.3 โรคหลอดเลือดสมอง	☐ ไม่มี	☐ มี
1.4 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☐ ไม่มี	☐ มี
1.6 มี BMI < 18.5 kg/m ² หรือน้ำหนักลดมากกว่า 5% ของน้ำหนักตัวใน 1 ปี	☐ ไม่มี	☐ ใช่
1.7 มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ หรือใช้ฟันปลอม	☐ ไม่มี	☐ ใช่
1.8 มีปัญหาการได้ยิน จนต้องตะโกนสื่อสาร	☐ ไม่มี	☐ ใช่
1.9 ประวัติหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	☐ ไม่มี	☐ มี
1.10 Hand grip dynamometer ต่ำกว่าปกติ	☐ ไม่มี	☐ ใช่
1.11 ความจำลดลง (ถามต้นไม้ รถยนต์ มือ หลังถามไป 3 นาที)	☐ ไม่มี	☐ ใช่ (จำได้น้อยกว่า 2)
1.12 การคำนวณผิดปกติ (ลบเลข 100-7 ไป 3 ครั้ง)	☐ ไม่มี	☐ ใช่ (ลบไม่ถูกต้องเลย)
1.13 ต้องการความช่วยเหลือในการจัดยา กินยาหรือไม่	☐ ไม่มี	☐ ใช่
2.ภาวะจิตใจ คุณภาพชีวิต (6 คะแนน)		
2.1 การคุณภาพชีวิตของท่านโดยรวม	☐ ดี	☐ ไม่ดี
2.2 ความพอใจในชีวิตโดยรวม	☐ ดี	☐ ไม่ดี
2.3 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกเศร้าว่างเปล่า หรือซึมเศร้าหรือไม่	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
2.4 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกพลัง ในร่างกายลดลง หรือรู้สึกเหนื่อย เบื่อ ตลอดเวลา	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
2.5 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกไม่ สนใจอะไรในสิ่งที่เคยชอบ เช่น งาน งานอดิเรก ความสัมพันธ์กับคนสนิท	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
2.6 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา มีปัญหาในการนอน ได้แก่ ง่วง นอนกลางวัน ตื่นบ่อยกลางคืน หรือตื่นเช้าเกินไป	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
3.ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (11 คะแนน)	☐ ไม่ปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.1 การกินอาหาร	☐ ไม่ปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย

คำถาม	คะแนน =0	คะแนน = 1
3.2 การอาบน้ำ	☐ ไม่ปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.3 การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า	☐ ไม่ปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.4 การกลืนอาหาร	☐ ไม่ปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.5 การกลืนอาหาร	☐ ไม่ปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.6 การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม	☐ ไม่ปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.7 การเคลื่อนย้าย ลุกขึ้นจากเก้าอี้หรือเตียง	☐ ไม่ปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.8 การเดินไปมา ภายในตัวบ้าน	☐ ไม่ปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.9 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	☐ ไม่ปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.10 ต้องการความช่วยเหลือในการทำงานบ้านอย่างเบา เช่น กวาดบ้าน เก็บของ ทำเตียง หรือไม่	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
3.11 ท่านสามารถเดินทางไกลรวดเดียวอย่างน้อย 400 เมตร หรือ 10 ช่วงเสาไฟฟ้า หรือ 8 ช่วงตึกห้องแถว หรือไม่	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่

การแปลผล

Frailty index (FI) = จำนวนปัญหาที่พบ ÷ จำนวนปัญหาที่ประเมิน

= x + y + z/30

เกณฑ์วินิจฉัยภาวะเปราะบาง > 0.25 หรือ คิดคะแนน x + y + z

- แข็งแรง < 3 คะแนน
- ภาวะก่อนเปราะบาง 4-7 คะแนน
- ภาวะเปราะบาง 8-13 คะแนน
- ภาวะเปราะบางรุนแรง > 14 คะแนน

เครื่องมือ IQCODE

IQCODE ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางสมองในช่วงเวลาที่ผ่านมา (โดยปกติคือ 10 ปี) โดยเปรียบเทียบความสามารถในปัจจุบันกับในอดีต ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและการใช้สติปัญญา เช่น การจำชื่อคน, การจำตำแหน่งของใช้ในบ้าน, การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า, การตัดสินใจเรื่องเงิน

1. ฉบับมาตรฐาน (Standard version): 26 ข้อ

2. ฉบับย่อ (Short version): 16 ข้อ ตัวอย่างคำถาม IQCODE (ฉบับย่อ 16 ข้อ)

เปรียบเทียบปัจจุบันกับเมื่อ 10 ปีก่อน ในเรื่องต่อไปนี้:

- การจดจำชื่อสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท
- การจดจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น
- การจดจำที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ของตนเอง
- การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าในบ้าน (เช่น รีโมททีวี, กาต้มน้ำ)

- การจดจำวัน เดือน ปี ปัจจุบัน
- การจัดการเงินส่วนตัว (เช่น การนับเงินทอน)
- การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน
- ความสามารถในการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ หรือการใช้ของใหม่ๆ

เกณฑ์การให้คะแนน: ใช้มาตรวัดแบบ 5 ระดับ (Likert scale) ตั้งแต่: 1 = ดีขึ้นมาก, 2 = ดีขึ้นเล็กน้อย, 3 = ไม่เปลี่ยนแปลง, 4 = แย่ลงเล็กน้อย, 5 = แย่ลงมาก

แปลผล

คะแนนรวมจะถูกนำมาหา "ค่าเฉลี่ย" คะแนนรวมทั้งหมด หารด้วย จำนวนข้อ

ค่าเฉลี่ย < 3.0: สมรรถภาพทางสมองคงที่หรือดีขึ้น

ค่าเฉลี่ย 3.31 – 3.38: เป็นจุดตัด (Cut-off point) ที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

ค่าเฉลี่ย > 3.44: มีโอกาสสูงมากที่จะมีภาวะสมองเสื่อม (Jorm, 2004)

แบบประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและทีมสหสาขาวิชาชีพ
(Holistic Elderly Well-being Assessment Form)

คำชี้แจง:

แบบประเมินนี้ใช้สำหรับประเมินสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หรือเติมข้อความให้สมบูรณ์

วันที่ประเมิน: ผู้ประเมิน:

รหัส ผู้สูงอายุ:

อายุ: ปี

เพศ: [] ชาย [] หญิง

โรคประจำตัว: [] ไม่มี [] มี (ระบุ)

ส่วนที่ 1 การประเมินการรับรู้และความรู้สึกของผู้สูงอายุ (Perception & Subjective - 5 คะแนน) เน้นการประเมินความรู้สึกภายในและการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-Reported)

ประเด็นการประเมิน	การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน
1. ความเหนื่อยล้า (Fatigue)	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเหนื่อยหน่ายหรือหมดไฟในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือไม่?	☐ 0 = ไม่เคย, ☐ 1 = เป็นบางครั้ง/บ่อยครั้ง
2. ความสามารถในการทำกิจวัตร (ADL Perception):	ท่านรู้สึกว่าตนเองอาบน้ำหรือแต่งตัวได้ลำบากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมาหรือไม่?	☐ 0 = ปกติ, ☐ 1 = ลำบากขึ้น
3. คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ (Psychological) -คำถาม 2Q	1.ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่ 2.ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไร ก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่	☐ 0 = ไม่มี ☐ 1 = มีอย่างน้อย 1 ข้อ
4. ความรู้คิดที่รับรู้ได้ (Perceived Cognition)	ท่านรู้สึกว่าตนเองหลงลืมบ่อยจนส่งผลต่อการใช้ชีวิตหรือไม่?	☐ 0 = ไม่เลย, ☐ 1 = ลืมบ่อยมาก
5. ภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition)	ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อยลงอย่างชัดเจนหรือไม่	☐ 0 = ไม่มี ☐ 1 = มี
คะแนนที่ได้/คะแนนรวม		/ 5 คะแนน

ส่วนที่ 2 การประเมินตามหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย

2.1 การประเมินสมรรถนะทางกาย (Physical Performance - 10 คะแนน) ตามมาตรฐาน ICOPE และ Fried's

Phenotype

ประเด็นการประเมิน	วิธีการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน
1. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	ทดสอบการลุก-นั่งบนเก้าอี้ 5 ครั้ง (Chair Rise Test) ภายใน 14 วินาที	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = ผิดปกติ
2. การทรงตัวและการเดิน (Gait Speed/Balance)	ทดสอบการทรงตัว (Timed Up and Go) เดินไปกลับ 6 เมตร ใน 12 วินาที	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = ผิดปกติ
3. แร่งกำมือ (Handgrip Strength)	ใช้เครื่องวัด Handgrip หรือทดสอบ บีบมือผู้ประเมินแรงๆ (ชาย ≥ 26 กก., หญิง ≥ 16 กก.)	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = ผิดปกติ
4. ประสาทสัมผัส (Vision & Hearing)	การมองเห็นสายตา การได้ยิน (Whisper Test)	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = ผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสอง
5. ภาวะโภชนาการและมวลกล้ามเนื้อ	ประเมิน MNA 24 – 30 คะแนน ปกติ 17 – 23.5 คะแนน มีความเสี่ยงต่อ ภาวะขาดสารอาหาร น้อยกว่า 17 คะแนน ขาดสารอาหาร	[] 0 = ปกติ [] 2 = มีความเสี่ยง/มีภาวะขาดสารอาหาร
คะแนนที่ได้/คะแนนรวม		/ 10 คะแนน

2.2 ประเมินความเสี่ยงและความสามารถด้านร่างกายและจิตใจ

ประเด็นการประเมิน	วิธีการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	แบบประเมิน ADL (Activities of Daily Living)	☐ 0 = คะแนน ADL 12 - 20 คะแนน ☐ 1 = คะแนน ADL 0 - 11 คะแนน
2. ภาวะโรคร่วมและยา (Multimorbidity & Polypharmacy):	มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ≥ 2 โรค และต้องกินยามากกว่า 5 ชนิดต่อวัน	☐ 0 = ไม่ใช่ ☐ 1 = ใช่
2. ประวัติการหกล้มหรืออุบัติเหตุ (Falls History):	ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เคยหกล้มหรือเกือบหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง	☐ 0 = ไม่เคย ☐ 2 = เคย
4. ภาวะสมองเสื่อม	ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองเร็ว: Mini-Cog (จำคำ 3 คำ + วาดนาฬิกา)	[] 0 = ปกติ [] 1 = ผิดปกติ

ประเด็นการประเมิน	วิธีการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน
	ขั้นตอนที่ 2 ประเมินละเอียดด้วย MoCA หรือ MMSE-Thai ขั้นตอนที่ 3 ถามญาติ (IQCODE)	
6.สุขภาพจิต	มีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย"พร้อมๆ กัน ติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน	[] 0 = ไม่มี [] 1 = มี
คะแนนที่ได้/คะแนนรวม		/ 5 คะแนน

Polypharmacy: การใช้ยาเกิน 5 ชนิด เป็นตัวพยากรณ์ (Predictor) ของการเกิด Adverse Drug Events ที่แม่นยำใกล้เคียงกับการตรวจเลือดดูค่าไต/ตับในเบื้องต้น (Mofina et al., 2022)

Falls History: เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งบอกถึงความเสี่ยงของสมรรถนะการควบคุมระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่ชัดเจนที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนและแบ่งระดับสุขภาพ

การตัดสินระดับสุขภาพโดยนำคะแนนจากทั้งสองส่วนมารวมกัน (Summation) มีคะแนนรวมทั้ง 2 ส่วนเท่ากับ 20 คะแนน

ส่วนที่	การประเมิน	คะแนนเต็ม
1	ประเมินตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ	5
2	หลักฐานเชิงประจักษ์	
	2.1 สมรรถนะทางกาย	10
	2.2 ประวัติและผลการตรวจทางชีวเคมี	5
รวม		20

แบบประเมินภาวะโภชนาการ

Mini Nutritional Assessment (Short MNA from)

ชื่อ-สกุล..... เพศ..... อายุ(ปี).....
 น้ำหนัก (กก.)..... ส่วนสูง (ซม.)..... วันที่.....

คำถามการคัดกรอง	คะแนน
1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีการรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืนหรือไม่ 0 = รับประทานอาหารน้อยลงอย่างมาก 1 = รับประทานอาหารน้อยลงปานกลาง 2 = การรับประทานอาหารไม่เปลี่ยนแปลง	
2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่ 0 = น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัม 1 = ไม่ทราบ 2 = น้ำหนักลดระหว่าง 1 – 3 กิโลกรัม 3 = น้ำหนักเท่า	
3. สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่ 0 = นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา 1 = ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง 2 = เดินและเคลื่อนไหวได้	
4. ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลันหรือไม่ 0 = มี 2 = ไม่มี	
5. มีปัญหาทางประสาท (Neuropsychological problems) หรือไม่ 0 = ความจำเสื่อม หรือ หดหู่ อย่างรุนแรง 1 = ความจำเสื่อมเล็กน้อย 2 = ไม่มีปัญหาทางประสาท	
6. ดัชนีมวลกาย [BMI = น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ม.2)] 0 = BMI น้อยกว่า 19 1 = BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21 2 = BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23 3 = BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป 7.. เส้นรอบวงน่อง (Calf circumference; CC) 0 = CC น้อยกว่า 31 เซนติเมตร 1 = CC ตั้งแต่ 31 เซนติเมตรขึ้นไป	
คะแนนการคัดกรองเบื้องต้น (เต็ม 14 คะแนน)	

เกณฑ์การประเมิน 12-14 คะแนน โภชนาการปกติ 8-11 คะแนน เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร
 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุโภชนาการ ให้ทำ MNA full form

แบบประเมินการประเมินการเคลื่อนไหว (Movement & Fall Risk)

การทดสอบ Timed Up and Go (TUG)

ลุกจากเก้าอี้ -> เดิน 3 เมตร -> หันหลังกลับ -> เดินกลับมานั่ง



เวลาที่ใช้: วินาที

ผลการประเมิน:

[] ปกติ (น้อยกว่า 12 วินาที)

[] เสี่ยงต่อการหกล้ม (มากกว่า 12 วินาที) --> แนะนำพบแพทย์/ฝึกออกกำลังกาย

แบบประเมินภาวะโภชนาการ (MNA® Full Form)

ชื่อ-สกุล: อายุ: ปี

เพศ: [] ชาย [] หญิง น้ำหนัก: กก. ส่วนสูง: ซม.

วันที่ประเมิน:

ส่วนที่ 1: การคัดกรอง (Screening)

คำถามการคัดกรอง	คะแนน
1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รับประทานอาหารได้น้อยลงหรือไม่ (เนื่องจากเบื่ออาหาร, มีปัญหาการย่อย, การเคี้ยว หรือการกลืน)? [] 0 = กินได้น้อยลงมาก [] 1 = กินได้น้อยลงปานกลาง [] 2 = กินได้ปกติ	
2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่? [] 0 = น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม [] 1 = ไม่ทราบ [] 2 = น้ำหนักลดลงระหว่าง 1 - 3 กิโลกรัม [] 3 = น้ำหนักไม่ลด	
3. การเคลื่อนไหว (Mobility) [] 0 = นอนบนเตียง หรือนั่งบนรถเข็นตลอดเวลา [] 1 = ลุกจากที่นอนหรือรถเข็นได้ แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้ [] 2 = เดินและออกไปข้างนอกได้ตามปกติ	
4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรง หรือป่วยเฉียบพลันหรือไม่? [] 0 = มี [] 2 = ไม่มี	
5. มีปัญหาทางจิตประสาท หรือความจำเสื่อม หรือไม่? [] 0 = มีภาวะความจำเสื่อม หรือซึมเศร้ารุนแรง [] 1 = มีภาวะความจำเสื่อมเล็กน้อย [] 2 = ไม่มีปัญหาประสาท	
6. ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ม.) ² [] 0 = BMI น้อยกว่า 19 [] 1 = BMI ตั้งแต่ 19 ถึง 20.9 [] 2 = BMI ตั้งแต่ 21 ถึง 22.9 [] 3 = BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป	

คะแนนส่วนคัดกรอง (Screening Score) (ผลรวมข้อ A-F): / 14 คะแนน

เกณฑ์การตัดสินใจ:

12 - 14 คะแนน: ภาวะโภชนาการปกติ (ไม่ต้องทำต่อ)

11 คะแนน หรือน้อยกว่า: มีแนวโน้มเกิดภาวะขาดสารอาหาร (ให้ทำต่อในส่วนที่ 2)

ส่วนที่ 2: การประเมิน (Assessment)

คำถามการคัดกรอง	คะแนน
7. ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่บ้านตามลำพัง (ไม่ได้อยู่สถานพักฟื้น/โรงพยาบาล) ใช่หรือไม่? [] 0 = ไม่ใช่ [] 1 = ใช่	
8. ผู้สูงอายุใช้ยาตามใบสั่งแพทย์มากกว่า 3 ชนิดต่อวัน ใช่หรือไม่? [] 0 = ใช่ [] 1 = ไม่ใช่	
9. มีแผลกดทับ หรือแผลที่ผิวหนัง หรือไม่? [] 0 = มี [] 1 = ไม่มี	
10. รับประทานอาหารเต็มมือได้วันละกี่มื้อ? [] 0 = 1 มื้อ [] 1 = 2 มื้อ [] 2 = 3 มื้อ	
11. รับประทานอาหารประเภทโปรตีนต่อไปนี้บ้างหรือไม่? ผลิตภัณฑ์นม (นม, ชีส, โยเกิร์ต) อย่างน้อยวันละ 1 ถ้วย? (ใช่/ไม่ใช่) ถั่ว หรือ ไข่ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ฟอง? (ใช่/ไม่ใช่) เนื้อสัตว์ ปลา หรือสัตว์ปีก ทุกวัน? (ใช่/ไม่ใช่) [] 0.0 = ถ้าตอบ "ใช่" 0 หรือ 1 ข้อ [] 0.5 = ถ้าตอบ "ใช่" 2 ข้อ [] 1.0 = ถ้าตอบ "ใช่" 3 ข้อ	
12. รับประทานผักหรือผลไม้ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือไม่? [] 0 = ไม่ใช่ [] 1 = ใช่	
13. ดื่มน้ำหรือของเหลว (น้ำ, น้ำผลไม้, กาแฟ, ชา, นม) วันละกี่แก้ว? [] 0.0 = น้อยกว่า 3 แก้ว [] 0.5 = 3 - 5 แก้ว [] 1.0 = มากกว่า 5 แก้ว	
14. ลักษณะการรับประทานอาหาร [] 0 = ต้องให้ผู้อื่นป้อน [] 1 = รับประทานอาหารเองได้ แต่ค่อนข้างลำบาก [] 2 = รับประทานอาหารเองได้ดี ไม่มีปัญหา	

คำถามการคัดกรอง	คะแนน
15. ผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีปัญหาการขาดสารอาหารหรือไม่? [] 0 = มีภาวะขาดสารอาหาร [] 1 = ไม่แน่ใจ [] 2 = ไม่มีปัญหาภาวะขาดสารอาหาร	
16. เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นในวัยเดียวกัน ผู้สูงอายุคิดว่าสุขภาพตนเองเป็นอย่างไร? [] 0.0 = ไม่ดีเท่าคนอื่น [] 0.5 = ไม่ทราบ [] 1.0 = ดีเท่ากับคนอื่น [] 2.0 = ดีกว่าคนอื่น	
17. เส้นรอบวงกึ่งกลางแขน (Mid-Arm Circumference: MAC) วัดที่จุดกึ่งกลางระหว่างหัวไหล่กับข้อศอก ของแขนข้างที่ไม่ถนัด [] 0.0 = น้อยกว่า 21 ซม. [] 0.5 = ตั้งแต่ 21 ถึง 22 ซม. [] 1.0 = มากกว่า 22 ซม.	
18. เส้นรอบวงน่อง (Calf Circumference: CC) วัดส่วนที่กว้างที่สุดของน่อง ขณะนั่งห้อยขา [] 0 = น้อยกว่า 31 ซม. [] 1 = ตั้งแต่ 31 ซม. ขึ้นไป	

สรุปผลการประเมิน (Scoring Interpretation)

คะแนนส่วนคัดกรอง (Screening Score): (เต็ม 14)

คะแนนส่วนประเมิน (Assessment Score): (เต็ม 16)

คะแนนรวม (Grand Total): (เต็ม 30)

การแปลผลภาวะโภชนาการ (Malnutrition Indicator Score):

24 - 30 คะแนน: ภาวะโภชนาการปกติ (Normal nutritional status)

17 - 23.5 คะแนน: มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (At risk of malnutrition)

น้อยกว่า 17 คะแนน: มีภาวะขาดสารอาหาร (Malnourished)

ข้อ (BMI): หากไม่สามารถคำนวณ BMI ได้ (เช่น ชั่งน้ำหนักไม่ได้ หรือส่วนสูงไม่แน่นอนจากหลังโกง) สามารถใช้เส้นรอบวงน่อง (Calf Circumference) แทนได้ในส่วนคัดกรอง โดยเกณฑ์คือ:

CC < 31 ซม. = 0 คะแนน

CC ≥ 31 ซม. = 3 คะแนน

วิธีการวัดเส้นรอบแขน

เส้นรอบวงแขน (Mid arm circumference; MAC) หมายถึง ความยาวรอบ วงแขน ณ ตำแหน่งจุดกึ่งกลางต้น แขน ระหว่าง acromion และ olecranon process (รูปที่ 1-2) มีหน่วยเป็นเซนติเมตร



ตำแหน่ง Mid (upper) arm circumference

วิธีการวัดเส้นรอบน่อง

การวัดเส้นรอบวงน่อง (Calf circumference; CC) (ซม.) คือ ตำแหน่งที่นูนที่สุดของกล้ามเนื้อน่อง มีหน่วยเป็น เซนติเมตร



การวัดเส้นรอบวงน่อง

[สูตรคำนวณ](#)

แบบประเมินความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย
(Modified MSRA-5 Checklist)

ชื่อ-สกุล: อายุ: ปี

วันที่ประเมิน: ผู้ประเมิน:

คำชี้แจง: ให้สอบถามและทำเครื่องหมาย ในช่องคะแนนที่ตรงกับความเป็นจริง

(คะแนนยิ่ง น้อย = ยิ่งมีความเสี่ยงสูง)

ข้อที่	รายการประเมิน (Assessment Items)	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
1.	อายุ	* มากกว่า 70 ปี = 0 คะแนน * น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี = 5 คะแนน	
2.	ประวัติการนอนโรงพยาบาล ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	* เคย = 0 คะแนน * ไม่เคย = 5 คะแนน	
3.	กิจกรรมทางกาย ท่านเดินได้ไกลกว่า 1,000 เมตร (1 กม.) หรือออกกำลังกายสม่ำเสมอ	* ไม่ทำ/ทำไม่ได้ = 0 คะแนน * ทำเป็นประจำ = 5 คะแนน	
4.	ความสม่ำเสมอของมืออาหาร ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อต่อวันเป็นประจำ	* ไม่ครบ/ข้ามมื้อ = 0 คะแนน * ครบ 3 มื้อปกติ = 5 คะแนน	
5.	การลดลงของน้ำหนัก ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา น้ำหนักตัวท่านลดลงมากกว่า 2 กิโลกรัม	* ลดลง = 0 คะแนน * ไม่ลดลง = 5 คะแนน	

สรุปผลการประเมิน (Interpretation)

คะแนนรวม (Total Score): / 25 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล (อ้างอิงตามเกณฑ์มาตรฐานของ MSRA-5)

คะแนน 15 คะแนน มีความเสี่ยง ต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (At Risk of Sarcopenia)

คะแนน > 15 คะแนน: ปกติ

หมายเหตุ: จุดตัด (Cut-off point) อาจแตกต่างกันไปในแต่ละงานวิจัยที่น่าไป Validate บางการศึกษาอาจใช้จุดตัดที่ 17 หรือ 20 คะแนน แต่หลักการสำคัญคือ คะแนนต่ำบ่งบอกถึงความเสี่ยงสูง

แบบประเมินความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย
(SARC-F Checklist)

ชื่อ-สกุล: อายุ: ปี

วันที่ประเมิน: ผู้ประเมิน:

คำชี้แจง: ให้สอบถามและทำเครื่องหมาย P ในช่องคะแนนที่ตรงกับความเป็นจริง

หัวข้อ (Components)	คำถาม (Questions)	ตัวเลือกคำตอบ (Responses)	คะแนน (Score)
S - Strength (ความแข็งแรง)	ท่านรู้สึกว่ามีปัญหาหรือความยากลำบากในการ ยกหรือถือของหนัก 5 กิโลกรัม เช่น ข้าวสาร 1 ถุง	ไม่ลำบากเลย (0 คะแนน) ลำบากบ้าง (1 คะแนน) ลำบากมาก / ทำไม่ได้ (2 คะแนน)	
A - Assistance (การช่วยเดิน)	ท่านมีปัญหาหรือความยากลำบากในการ เดินข้ามห้อง ระยะสั้นๆ	ไม่ลำบากเลย (0 คะแนน) ลำบากบ้าง (1 คะแนน) ลำบากมาก / ใช้เครื่องช่วยเดิน / ทำไม่ได้ (2 คะแนน)	
R - Rise (การลุกนั่ง)	ท่านมีปัญหาหรือความยากลำบากในการ ลุกจากเก้าอี้หรือเตียงนอน	ไม่ลำบากเลย(0 คะแนน) ลำบากบ้าง(1 คะแนน) ลำบากมาก / ทำไม่ได้(2 คะแนน)	
C - Climb (การขึ้นบันได)	ท่านมีปัญหาหรือความยากลำบากในการ เดินขึ้นบันได 10 ขั้น	ไม่ลำบากเลย (0 คะแนน) ลำบากบ้าง (1 คะแนน) ลำบากมาก / ทำไม่ได้ (2 คะแนน)	
F - Falls (การหกล้ม)	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านหกล้มกี่ครั้ง?	ไม่เคยหกล้ม (0 คะแนน) หกล้ม 1 - 3 ครั้ง (1 คะแนน) หกล้ม 4 ครั้งขึ้นไป (2 คะแนน)	

สรุปผลการประเมิน (Interpretation)

คะแนนรวม (Total Score): / 10 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล:

0 - 3 คะแนน : ปกติ ความเสี่ยงต่ำ ยังไม่มีอาการแสดงของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

4 - 10 คะแนน : มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย(Sarcopenia Probable)

คำแนะนำ : ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันเพิ่มเติม (เช่น การวัดแรงบีบมือ หรือวัดมวลกล้ามเนื้อ) และเริ่มโปรแกรมออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance Exercise) พร้อมดูแลโภชนาการ

แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง (Mini-Cog™)

ชื่อ-สกุล: อายุ: ปี วันที่ประเมิน:

คำชี้แจง: ปฏิบัติตามขั้นตอน 3 ข้อ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: จดจำคำ 3 คำ (3-Word Registration)

บอกให้ผู้ถูกทดสอบตั้งใจฟัง และจดจำคำศัพท์ 3 คำต่อไปนี้ แล้วให้พูดตามทันที (อนุญาตให้ทวนซ้ำได้จนกว่าจะจำได้ แต่ไม่เกิน 3 ครั้ง) (เลือกใช้ชุดคำชุดใดชุดหนึ่ง)

ชุดที่ 1: "ดอกไม้ - แม่น้ำ - รถไฟ"

ชุดที่ 2: "ลูกบอล - ธงชาติ - ต้นไม้"

ชุดที่ 3: "หลานสาว - สวรรค์ - ภูเขา"

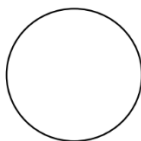
ขั้นตอนที่ 2: วาดรูปนาฬิกา (Clock Drawing)

ยื่นกระดาษว่างและปากกาให้ผู้ถูกทดสอบ แล้วออกคำสั่งดังนี้:

"ช่วยวาดรูปนาฬิกาขนาดใหญ่ลงในกระดาษนี้" (ให้วาดวงกลม)

"ใส่ตัวเลข 1 ถึง 12 ลงในหน้าปัดให้ครบถ้วนและถูกต้อง"

"วาดเข็มนาฬิกา เพื่อบอกเวลา 11 นาฬิกา 10 นาที (11:10)"



การให้คะแนนวาดรูปนาฬิกา (Score):

[] 0 คะแนน (ผิดปกติ): วาดผิด (เช่น ตัวเลขไม่ครบ/วางตำแหน่งผิดเพี้ยนมาก, เข็มชี้ผิดเวลา, หรือไม่วาดเลย)

[] 2 คะแนน (ปกติ): วาดถูกต้องสมบูรณ์ (ตัวเลขครบ ตำแหน่งถูกต้องตามลำดับ และเข็มสั้น/ยาวชี้ถูกตำแหน่งชัดเจน)

หมายเหตุ: ความสวยงาม ความกลม หรือความยาวเข็มสั้นยาว ไม่นำมาคิดคะแนน ขอเพียงชี้ถูกตำแหน่ง และอ่านเวลาได้เข้าใจถือว่าปกติ

ขั้นตอนที่ 3: ระลึกรู้คำ 3 คำ (3-Word Recall)

ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำศัพท์ 3 คำ ที่จำไปเมื่อสักครู่นี้ (ในขั้นตอนที่ 1)

คำที่ 1: [] จำได้ (1 คะแนน) [] จำไม่ได้ (0 คะแนน)

คำที่ 2: [] จำได้ (1 คะแนน) [] จำไม่ได้ (0 คะแนน)

คำที่ 3: [] จำได้ (1 คะแนน) [] จำไม่ได้ (0 คะแนน)

คะแนนส่วนจำคำ: / 3 คะแนน

สรุปผลการประเมิน (Total Score Interpretation)

คะแนนรวม (จำคำ + วาดนาฬิกา) = / 5 คะแนน

การแปลผล:

0 - 2 คะแนน: มีความเป็นไปได้สูงที่จะมีภาวะสมองเสื่อม (High likelihood of dementia) -> ควรส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยละเอียด

3 - 5 คะแนน: มีความเป็นไปได้น้อยที่จะมีภาวะสมองเสื่อม (Low likelihood of dementia)

สรุปเป็นตารางง่ายๆ ให้ดังนี้

คะแนนจำคำ (Word Recall)	คะแนนวาดนาฬิกา (Clock Draw)	ผลรวม	การแปลผล (Interpretation)
0 คำ	(ไม่สำคัญ)	0 - 2	ผิดปกติ (Dementia)
1 - 2 คำ	ผิดปกติ (0)	1 - 2	ผิดปกติ (Dementia)
1 - 2 คำ	ปกติ (2)	3 - 4	ปกติ (Negative)
3 คำ	(ไม่สำคัญ)	3 - 5	ปกติ (Negative)

ถ้าจำได้หมด (3 คำ) = ผ่าน / ถ้าจำไม่ได้เลย (0 คำ) = ตก / ถ้าจำได้บ้าง (1-2 คำ) ให้ตัดสินที่ รูปนาฬิกา (ถ้าวาดถูก=ผ่าน, วาดผิด=ตก)

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย 2002 (MMSE – Thai 2002)

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย 2002" (MMSE – Thai 2002) พัฒนาโดยสถาบัน
ศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ-สกุล: อายุ: ปี ระดับการศึกษา:

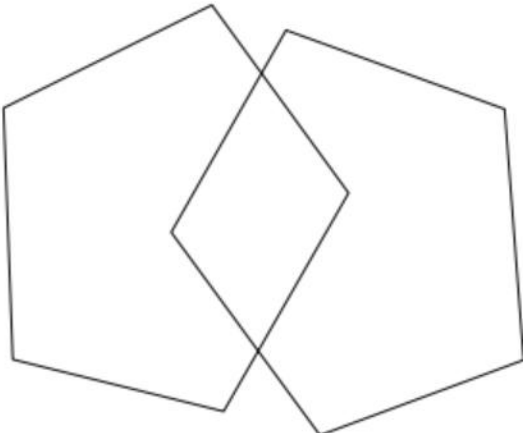
วันที่ประเมิน: ผู้ประเมิน:

คำชี้แจง: ใส่คะแนน 1 ลงในช่องว่างเมื่อทำถูก และใส่ 0 เมื่อทำผิด หรือไม่ทำ

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ไม่ต้องทำข้อ 4 ข้อ 9 และข้อ 0

รายการประเมิน	คะแนน
1. Orientation for time : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน) 1.1 วันนี้..วันที่เท่าไร 1.2 วันนี้..วันอะไร 1.3 เดือนนี้..เดือนอะไร 1.4 ปีนี้..ปีอะไร 1.5 ฤดูนี้.. ฤดูอะไร	
2. Orientation for place :ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ปัจจุบัน 2.1 กรณียู่สถานพยาบาล 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร ชื่อว่าอะไร 2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของของตัวอาคาร 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร	
2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร เลขที่เท่าไร 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน (หรือ ละแวก คุ่ม ย่าน ถนน) อะไร 2.2.3 ที่นี้อำเภอ หรือ เขตอะไร 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร	
3. Registration : ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน) “ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำโดยจะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้คุณ (ตา,ยาย...) ฟังดีๆ นะคะ จะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบแล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ดีนะคะ เดี่ยวจะถามซ้ำ” ☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า	

รายการประเมิน	คะแนน
☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์	
4. Attention / Calculation (สมาธิและการคิดคำนวณ) - 5 คะแนน ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง (มักเลือกข้อคิดเลขก่อน ถ้าทำไม่ได้ให้สะกดคำ): ข้อคิดเลข: ให้ลบเลข 100 ด้วย 7 ไปเรื่อยๆ ($100-7 = 93$, $93-7 = 86$, ...) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ข้อสะกดคำ: ให้สะกดคำว่า "มะนาว" ถอยหลัง (ว-า-น-ะ-ม)	
5. Recall (ความจำระยะสั้น) - 3 คะแนน ให้ผู้ถูกทดสอบทบทวนคำศัพท์ 3 คำที่จำไปในข้อที่ 3 (ดอกไม้, แม่น้ำ, รถไฟ) ว่ามีคำว่าอะไรบ้าง	
6. Naming (การเรียกชื่อสิ่งของ) - 2 คะแนน ชี้ให้ดูของ 2 สิ่ง แล้วถามว่าคืออะไร (ข้อละ 1 คะแนน) ดินสอ นาฬิกาข้อมือ	
7. Repetition (การพูดตาม) - 1 คะแนน ให้ตั้งใจฟังและพูดตามประโยคนี้เพียงครั้งเดียว (ห้ามบอกใบ้หรือพูดซ้ำ): "ใคร ใคร ชาย ไก่ ไช้"	
8. Verbal Command (การทำตามคำสั่ง) - 3 คะแนน ส่งกระดาษเปล่าให้และออกคำสั่ง 3 ขั้นตอนต่อเนื่องกัน: "รับกระดาษด้วยมือขวา" "พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น" "วางไว้ที่... (พื้น/โต๊ะ)"	
9. Written Command: ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย (1 คะแนน) "ให้คุณ (ตา,ยาย...) อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้" ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา" ☐ หลับตาได้ 1 คะแนน	
10. Writing : ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน) ให้คุณ (ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย 1 ประโยค ☐ ประโยคมีความหมาย	
11. Visuconstruction : ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน) ให้คุณ (ตา,ยาย) วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง	

รายการประเมิน	คะแนน
	

การแปลผลคะแนน (Interpretation)

คะแนนรวม: / 30 คะแนน

เกณฑ์การตัดสิน (Cut-off point) จำแนกตามระดับการศึกษา:

กลุ่มผู้ถูกทดสอบ	คะแนนเต็ม	จุดตัด (Cut-off)	การแปลผล
1. ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)	23*	≤ 14	สงสัยภาวะสมองเสื่อม
2. ระดับประถมศึกษา (ป.4 หรือน้อยกว่า)	30	≤ 17	สงสัยภาวะสมองเสื่อม
3. ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (สูงกว่า ป.4)	30	≤ 22	สงสัยภาวะสมองเสื่อม

*หมายเหตุสำหรับกลุ่มไม่ได้เรียนหนังสือ: คะแนนเต็มจะเหลือ 23 คะแนน โดยตัดข้อ 4 (คิดเลข), 9 (อ่าน), 10 (เขียน) ออก และไม่ต้องคูณแปลงค่าคะแนน ให้ใช้เกณฑ์ตัดที่ 14 ได้เลย

ข้อแนะนำเชิงวิชาการ (Academic Note):

ข้อ 4 (Attention): ใน MMSE-Thai 2002 มาตรฐานจริงๆ จะเน้นการลบเลข (Serial 7s) ก่อนเสมอ การสะกดคำ ถอยหลังมักจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้เรียนหนังสือหรือคำนวณไม่ได้จริงๆ

ข้อ 9 (Reading): ท่านต้องเตรียมกระดาษที่เขียนตัวใดๆ ว่า "หลับตา" ไว้ล่วงหน้า

ข้อ 11 (Drawing): รูปต้นฉบับต้องเป็น "ห้าเหลี่ยม" (Pentagon) สองรูปต่อกัน และจุดสำคัญที่สุดที่นักศึกษามักตรวจผิดคือ "พื้นที่ที่ตัดกันต้องเป็นรูปสี่เหลี่ยม (Rhombus/Quadrilateral)" เท่านั้น หากพื้นที่ตัดกันเป็นรูปอื่น ถือว่า 0 คะแนนครับ

แบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) – ฉบับภาษาไทย

แบบประเมิน MoCA เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้คัดกรอง ภาวะถดถอยทางสมองระดับเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment - MCI) ซึ่งมีความละเอียดและไวกว่าแบบทดสอบ MMSE โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาสูงหรือผู้ที่เริ่มมีอาการในระยะแรก

คะแนนเต็ม 30 คะแนน ใช้เวลาทำประมาณ 10 นาที โดยแบ่งการทดสอบออกเป็น 8 ด้าน ดังนี้:

1. Visuospatial / Executive (มิติสัมพันธ์และการบริหารจัดการ) - 5 คะแนน

Alternating Trail Making (ลากเส้นสลับ): ให้ผู้ถูกทดสอบลากเส้นโยงจับคู่ระหว่างตัวเลขและตัวอักษร เรียงตามลำดับ (เช่น 1 -> ก -> 2 -> ข -> 3 -> ค...) (1 คะแนน)

Copy Cube (วาดภาพลูกบาศก์): ให้วาดภาพตามแบบลูกบาศก์สี่เหลี่ยม (1 คะแนน)

Draw Clock (วาดนาฬิกา): ให้วาดรูปนาฬิกา ใส่ตัวเลขให้ครบ และเข็มชี้บอกเวลา 11:10 น. (3 คะแนน: ขอบวงกลม, ตัวเลข, เข็มนาฬิกา)

2. Naming (การเรียกชื่อ) - 3 คะแนน

ให้ดูภาพสัตว์ 3 ชนิด แล้วบอกชื่อสัตว์นั้น (ฉบับภาษาไทยมาตรฐานมักเป็นรูปเดิมจากต้นฉบับ):
สิงโต (Lion)

แรด (Rhinoceros)

อูฐ (Camel)

3. Memory (ความจำระยะสั้น - รอบแรก) - ไม่มีคะแนน

ผู้นำการทดสอบอ่านคำศัพท์ 5 คำ ให้ผู้ถูกทดสอบฟัง แล้วให้พูดตาม (ทำ 2 รอบ เพื่อให้จำได้)
ชุดคำศัพท์ที่ใช้บ่อย (Version พื้นฐาน): ใบหน้า – ผ้าม่านห้อย – วัด – ดอกมะลิ – สีแดง
ส่วนนี้ยังไม่คิดคะแนน เป็นการนำเข้าสู่ข้อมูลเพื่อทดสอบความจำในหัวข้อที่ 7

4. Attention (สมาธิ) - 6 คะแนน

Forward Digit Span: อ่านเลข 5 ตัว (เช่น 2-1-8-5-4) ให้ผู้ถูกทดสอบพูดตามให้ถูกต้อง (1 คะแนน)

Backward Digit Span: อ่านเลข 3 ตัว (เช่น 7-4-2) ให้ผู้ถูกทดสอบพูด ย้อนหลัง (เป็น 2-4-7) (1 คะแนน)

Vigilance: อ่านชุดตัวอักษรภาษาไทย ให้ผู้ถูกทดสอบ เคาะโต๊ะ เมื่อได้ยินอักษร "ก" (หรือ A ในภาษาอังกฤษ) หากผิดเกิน 2 ครั้งไม่ได้คะแนน (1 คะแนน)

Serial 7s: ให้ลบเลข 100 ด้วย 7 ต่อเนื่องกัน 5 ครั้ง (เช่น 93, 86, 79, 72, 65) (3 คะแนน: ถูก 4-5 ครั้ง=3, ถูก 2-3 ครั้ง=2, ถูก 1 ครั้ง=1)

5. Language (ภาษา) - 3 คะแนน

Repetition: ให้พูดตามประโยค 2 ประโยคให้ถูกต้องทุกคำ (ข้อละ 1 คะแนน)

"ฉันรู้แต่เพียงว่าจอมเป็นคนเดียวที่จะมาช่วยงานในวันนี้"

"แมวมักจะเข้าไปซ่อนอยู่ใต้โต๊ะเสมอเมื่อหมาเข้ามาในห้อง"

Verbal Fluency: ให้บอกคำศัพท์ที่ขึ้นต้นด้วย "ก" (ก.ไก่) ให้ได้มากที่สุดภายใน 1 นาที (ต้องได้ 11 คำขึ้นไป จึงจะได้คะแนน) ห้ามใช้ชื่อคน ชื่อเมือง หรือคำซ้ำ (1 คะแนน)

6. Abstraction (การคิดเชิงนามธรรม) - 2 คะแนน

ให้บอกความเหมือนของสิ่งของ 2 สิ่ง (เช่น ส้ม-กล้วย = ผลไม้)

รถไฟ - จักรยาน (คำตอบ: พาหนะ / ใช้เดินทาง) (1 คะแนน)

นาฬิกา - ไม้บรรทัด (คำตอบ: เครื่องมือวัด / มีตัวเลขบอกมาตรา) (1 คะแนน)

7. Delayed Recall (ความจำระยะยาว) - 5 คะแนน

ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำศัพท์ 5 คำที่จำไปในหัวข้อที่ 3 (โดยไม่มีการบอกใบ้)

คำศัพท์: ใบหน้า - ผักกามะหยี่ - วัด - ดอกมะลิ - สีแดง

(ได้คะแนนเฉพาะคำที่ตอบถูกโดยไม่ต้องใบ้)

8. Orientation (การรับรู้วันเวลาสถานที่) - 6 คะแนน

บอกข้อมูลปัจจุบันให้ถูกต้อง (ข้อละ 1 คะแนน):

1.วันที่

2.เดือน

3.ปี (พ.ศ.)

4.วัน (จันทร์/อังคาร...)

5.สถานที่ (ชื่อโรงพยาบาล/สถานที่)

6.จังหวัด

การแปลผล (Interpretation)

คะแนนรวมเต็ม: 30 คะแนน

การปรับคะแนน: หากผู้ถูกทดสอบมีระยะเวลาการศึกษา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี ให้ บวเพิ่ม 1

คะแนน (แต่คะแนนรวมต้องไม่เกิน 30)

เกณฑ์ปกติ (Normal): คะแนน ตั้งแต่ 26 คะแนนขึ้นไป

ข้อบ่งชี้: คะแนน น้อยกว่า 26 อาจบ่งชี้ถึงภาวะถดถอยทางสมองเล็กน้อย (MCI) หรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

แบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15)

Thai Geriatric Depression Scale

คำแนะนำในการทดสอบ: โปรดอ่านแต่ละข้ออย่างรอบคอบ หลังจากที่ท่านอ่านแล้ว ให้เลือกคำตอบที่ตรงกับตัวของท่านมากที่สุดในช่วง 1 อาทิตย์ที่ผ่านมา

ข้อคำถาม	คะแนน
1. ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ของท่านตอนนี้หรือไม่? (ตอบ ไม่ใช่ = 1 คะแนน)	
2. ท่านไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำใช่หรือไม่? (ตอบ ใช่ = 1 คะแนน)	
3. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าของท่านว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไรใช่หรือไม่? (ตอบ ใช่ = 1 คะแนน)	
4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ ใช่หรือไม่? (ตอบ ใช่ = 1 คะแนน)	
5. ท่านหวังว่าจะเจอเรื่องดี ๆ ในวันข้างหน้าใช่หรือไม่? (ตอบ ไม่ใช่ = 1 คะแนน)	
6. ท่านมีเรื่องให้คิดกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้ใช่หรือไม่? (ตอบ ใช่ = 1 คะแนน)	
7. ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดีใช่หรือไม่? (ตอบ ไม่ใช่ = 1 คะแนน)	
8. ท่านรู้สึกกังวลว่ามีเรื่องร้าย ๆ เกิดขึ้นกับท่านใช่หรือไม่? (ตอบ ใช่ = 1 คะแนน)	
9. ส่วนใหญ่ท่านชอบอยู่กับบ้าน มากกว่าที่จะออกไปข้างนอกใช่หรือไม่? (ตอบ ใช่ = 1 คะแนน)	
10. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกทำอะไรไม่ได้เลยใช่หรือไม่? (ตอบ ใช่ = 1 คะแนน)	
11. ท่านคิดว่าการที่มีชีวิตอยู่ถึงตอนนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีใช่หรือไม่? (ตอบ ไม่ใช่ = 1 คะแนน)	
12. ท่านรู้สึกแย่และท้อแท้กับชีวิตที่เป็นอยู่ในตอนนี้ใช่หรือไม่? (ตอบ ใช่ = 1 คะแนน)	
13. ท่านรู้สึกมีเรี่ยวแรงเหลือเพื่อใช่หรือไม่? (ตอบ ไม่ใช่ = 1 คะแนน)	
14. ท่านรู้สึกสิ้นหวังใช่หรือไม่? (ตอบ ใช่ = 1 คะแนน)	
15. ท่านคิดว่าคนอื่น ๆ มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีกว่าท่านใช่หรือไม่? (ตอบ ใช่ = 1 คะแนน)	
รวม	

การแปลผลคะแนน (Interpretation) คะแนนรวมเต็ม 15 คะแนน

0 – 5 คะแนน: ปกติ (Normal)

6 – 10 คะแนน: มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to Moderate Depression) ควรให้คำปรึกษาหรือติดตามอาการ

11 – 15 คะแนน: มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression) ควรส่งต่อพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษา

หมายเหตุ: ข้อที่มีเครื่องหมายดอกจันหรือคำถามเชิงบวก (ข้อ 1, 5, 7, 11, 13) หากผู้สูงอายุตอบว่า "ไม่ใช่" จะถือว่าเป็นสัญญาณของความซึมเศร้าและได้ 1 คะแนน ส่วนข้ออื่น ๆ หากตอบว่า "ใช่" จะได้ 1 คะแนน

แบบประเมินภาระของผู้ดูแล (The Zarit Burden Interview - ZBI)

แบบประเมินภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview - ZBI) ฉบับภาษาไทย (22 ข้อ) เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลที่ใช้กันแพร่หลายที่สุดในการวัดความเครียดและภาระของผู้ดูแล

ข้อมูลผู้ดูแล (Caregiver)

ชื่อ-สกุล: ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย:

ระยะเวลาที่ดูแล: ปี/เดือน เวลาที่ใช้ดูแลต่อวัน: ชั่วโมง

คำชี้แจง:

ข้อความต่อไปนี้เป็นความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย โปรดอ่านข้อความและระบุว่าท่านรู้สึกเช่นนั้น บ่อยแค่ไหน โดยใช้เกณฑ์คะแนนดังนี้:

0 = ไม่เคยเลย (Never)

1 = นานๆ ครั้ง (Rarely)

2 = บางครั้ง (Sometimes)

3 = บ่อยๆ (Quite Frequently)

4 = เกือบตลอดเวลา (Nearly Always)

ข้อ ที่	รายการประเมิน (ความรู้สึกของผู้ดูแล)	0	1	2	3	4
1	ท่านรู้สึกว่าผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย ร้องขอความช่วยเหลือจากท่าน มากเกินไปจนเกินไป					
2	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาส่วนตัวเป็นของตนเองเลย เพราะต้อง ให้เวลากับผู้ป่วย					
3	ท่านรู้สึกเครียดที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ควบคู่ไปกับ ภาระหน้าที่อื่นๆ (เช่น งาน, ครอบครัว)					
4	ท่านรู้สึกอับอายขายหน้าในพฤติกรรมของผู้ป่วย					
5	ท่านรู้สึกโกรธ หรือโมโห เวลาที่อยู่กับผู้ป่วย					
6	ท่านรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วย มีผลกระทบในทางลบต่อ ความสัมพันธ์ของท่านกับบุคคลอื่น					
7	ท่านรู้สึกกลัวหรือกังวล เมื่อคิดถึงอนาคตของผู้ป่วย					
8	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาอาศัยท่านตลอดเวลา					
9	ท่านรู้สึกตึงเครียด เมื่อต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย					
10	ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านแย่ลง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
11	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัว หรือขาดอิสระในขณะที่ ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน					
12	ท่านรู้สึกว่าชีวิตสังคมของท่านลดน้อยลง (เช่น การพบปะเพื่อน ฝูง, งานอดิเรก) เพราะต้องดูแลผู้ป่วย					

ข้อ ที่	รายการประเมิน (ความรู้สึกของผู้ดูแล)	0	1	2	3	4
13	ท่านรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะเชิญเพื่อนมาที่บ้าน เพราะมีผู้ป่วยอยู่					
14	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องใช้ค่าใช้จ่ายมาก เกินกว่างบประมาณที่มีอยู่					
15	ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นเพียงคนเดียวที่ผู้ป่วยจะพึ่งพาได้ และไม่มีใครอื่นแทนท่านได้					
16	ท่านรู้สึกอยากให้คนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนท่านบ้าง ในบางโอกาส					
17	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่าน ไม่ได้เป็นของท่านเองอีกต่อไป (สูญเสียการควบคุมชีวิต) ตั้งแต่มาดูแลผู้ป่วย					
18	ท่านรู้สึกอยากจะหนีไปให้พ้นจากการดูแลผู้ป่วยนี้					
19	ท่านรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอะไรดี ในการดูแลผู้ป่วย					
20	ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะทำอะไรให้ผู้ป่วยได้มากกว่านี้					
21	ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าที่เป็นอยู่					
22	โดยภาพรวมแล้ว ท่านรู้สึกว่าเป็นภาระหนักใจมากน้อยเพียงใด ในการดูแลผู้ป่วย					
	รวมคะแนนทั้งหมด					

การแปลผลคะแนน (Interpretation) ให้นำคะแนนทั้ง 22 ข้อมาบวกกัน (คะแนนเต็ม 88 คะแนน)

0 – 20 คะแนน: ภาระน้อย หรือ ไม่มีเลย (Little or no burden)

21 – 40 คะแนน: ภาระเล็กน้อย ถึง ปานกลาง (Mild to moderate burden)

41 – 60 คะแนน: ภาระปานกลาง ถึง รุนแรง (Moderate to severe burden)

61 – 88 คะแนน: ภาระรุนแรง (Severe burden)

ข้อเสนอแนะจากการประเมิน:

กลุ่มคะแนน 41 ขึ้นไป: ผู้ดูแลมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเครียด (Caregiver Stress) และภาวะหมดไฟ (Burnout)

ควรได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน เช่น

การจัดหาผู้ช่วยดูแลชั่วคราว (Respite Care)

การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา

การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (Support Group)

เอกสารอ้างอิง

- 1.American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy, 74(Supplement_2), 7412410010p1–7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
2. Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: A systematic review and meta-analysis. The Lancet, 371(9614), 725–735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60342-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60342-6)
- 3.Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. The Lancet, 381(9868), 752-762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- 4.Clemson, L., Mackenzie, L., Ballinger, C., Close, J. C., & Cumming, R. G. (2008). Environmental interventions to prevent falls in community-dwelling older people: A meta-analysis of randomized trials. Journal of Aging and Health, 20(8), 954–971. <https://doi.org/10.1177/0898264308324605>
- 5.Dent, E., Martin, F. C., Bergman, H., Woo, J., Romero-Ortuno, R., & Walston, J. D. (2019). Management of frailty: Opportunities, challenges, and future directions. The Lancet, 394(10206), 1376-1386. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31785-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31785-4)
- 6.Ellis, G., Whitehead, M. A., Robinson, D., O'Neill, D., & Langhorne, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: Meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ, 343, d6553. <https://doi.org/10.1136/bmj.d6553>
- 7.Fairhall, N., Langron, C., Sherrington, C., & Lord, S. R. (2011). Interventions to reduce the transition from pre-frailty to frailty and dependence in older people: A systematic review. Age and Ageing, 40(3), 302-310. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr024>
- 8.Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12(3), 189-198.
- 9.Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56(3), M146-M156.
- 10.Gatz, M., Mortimer, J. A., Fratiglioni, L., & Johansson, B. (2006). Personality, stressful life events, social support, and risk of cognitive decline in twins. Psychological Medicine, 36(8), 1083-1092.
- 11.Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., ... Wallace, R. B. (2000). A short physical performance battery assessing lower extremity function: Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission.

The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 55(6), M313-M321.

12.Jorm, A. F. (1994). A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): Development and cross-validation. *Psychological Medicine*, 24(1), 145-153.

13.Jorm, A. F. (2004). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): A review. *International Psychogeriatrics*, 16(3), 275-293.

<https://doi.org/10.1017/S104161020400039X>

14.Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284-1292.

<https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>

15.Kuluski, K., Hoang, V., Schaink, A. K., Corpuz, G., Bennett, C., Im, J., ... & Wodchis, W. P. (2021). Integrated care models for frail older adults: A systematic review. *Journal of Integrated Care*, 29(4), 312-328. <https://doi.org/10.1108/JICA-06-2021-0027>

16.Mofina, A., D'Souza, S. A., Moore, A. E., Oulianova, N., & McCarthy, G. J. (2022).

Multidisciplinary team interventions in primary care for older adults. *BMC Geriatrics*, 22(1), Article 112. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02801-4>

17.Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722-727.

18.Rolland, Y., Lauwers-Cances, V., Cristini, C., Grand, A., Abellan van Kan, G., & Vellas, B. (2003). Calf circumference as a marker of muscle mass and functional capacity in elderly people. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 7(6), 441-446.

19.Stoop, A., Maliepaard, K., Valentijn, P. P., Bruijnzeels, M. A., & Lette, M. (2021). Health professionals' perspectives on overcoming barriers to integrated care: A qualitative study with a focus on patients with multimorbidity. *International Journal of Care Coordination*, 24(3-4), 88-101. <https://doi.org/10.1177/20534345211051515>

20.Valentijn, P. P., et al. (2023). Facilitators and barriers of integrated care for older adults with multimorbidity: A scoping review using the Rainbow Model. *International Journal of Integrated Care*, 23(2), 1-14. <https://doi.org/10.5334/ijic.6543>

21.Wang, Y., et al. (2022). Integrated care for older people based on information and communication technology: A scoping review. *Digital Health*, 8, 1-15.

<https://doi.org/10.1177/20552076221115897>

22.World Health Organization. (2015). World report on ageing and health.

23.World Health Organization. (2017). Global strategy and action plan on ageing and health.

24.World Health Organization. (2019). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care.

25.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People: ICOPE). สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.

26.กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

1. กฤษณา เกลยภาพ, พัทธราภรณ์ อารีย์, และ สุพรรณษา สุนทรานนท์. (2564). บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Care Manager) ในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(2), 50–65.
2. นงนุช สุนทรชวากานต์, และ ทศนีย์ รวีวรกุล. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 26(1), 88–102.
3. นริรัตน์ ประทีปวงนิช, ศศิชา จูตระกูล, กัลยาณี บุญถนอม, วรพรรณ แก้วประภาค, สมมาศ ศรีเจริญ, พิกุล วาขานา, ... จิตฤดี ท่าจีน. (2567). การพัฒนานวัตกรรมสุนทรียภาพทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน, 15(2), 45–58.
4. พรทิพย์ สาริรัตน์, ลาวัลย์ สมบูรณ์, และ ดวงฤดี ลาคุชชะ. (2565). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ (Seamless Care) สำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง. วารสารระบบสาธารณสุขไทย, 15(3), 200–215.
5. รัตนา จินอ่ำ, สรวิทย์ ศิริโชติสกุล, และ ปาลิวรรณ พิเชษฐ์จำเริญ. (2564). การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 44(1), 112–125.
6. วรณา จันทร์พูล, เบญจมาภรณ์ จงสมชัย, และ อังศุมาลิน นาโสก. (2566). การจัดการภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาสมุนไพรท้องถิ่น. วารสารแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก, 21(3), 89–104.
7. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, และคณะ. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในเขตเมือง. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภรณ์ นิมสกุล, และ นพวรรณ บรรเทาทุกข์. (2560). การบูรณาการระบบสุขภาพและสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
9. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). การประเมินประสิทธิผลแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ICOPE) ในประเทศไทย.
10. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Clinical Practice Guidelines for Holistic Geriatric Care). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
11. สมศักดิ์ ธรรมโชติ, สมนึก สกุลแพทยศิริกุล, และ ปริญา สาริเขต. (2566). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 53(2), 150–165.

12. สุภัทรา ธรรมวิจิตร, ช่อทิพย์ อุปสิทธิ์, สุนทรี ธรรมรักษา, และ สมฤดี ผลส่ง. (2567). การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. วารสารนวัตกรรมสุขภาพและเทคโนโลยี, 8(2), 45–60.
13. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และคณะ. (2552). ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมฉบับย่อภาษาไทย (Short IQCODE) ในผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54(1), 55-66.
14. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน. บริษัท พลิกมุมสื่อ จำกัด.

ภาคผนวก

กำหนดการประชุม

โครงการ เสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการบนพื้นฐานนวัตกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น

ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

วันที่ 11 มีนาคม 2569

ณ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

กิจกรรมที่ 5 ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

เวลา	รายละเอียด
08:30-09:00 น.	ลงทะเบียน
09:00-10:00 น.	ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ นำเสนอร่างแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพ ข้อมูลจากการวิเคราะห์บริบทความต้องการของชุมชน และการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในกิจกรรมที่ 2
10:00-10:15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10:15-12:00 น.	ระดมสมองเพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
12:00-13:00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13:00-14:45 น.	ระดมสมองเพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ(ต่อ)
14:45-15:00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15:00-16:30 น.	วางแผนการทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
	-กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่นำร่อง กำหนดวัน เวลาในการทดลองใช้ในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม
	-สรุปการประชุม

กำหนดการประชุม
โครงการ เสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการบนพื้นฐานนวัตกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น
ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

วันที่ 26 มีนาคม 2569

ณ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
กิจกรรมที่ 5 ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
(ทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางระดับเล็กน้อย)

เวลา	รายละเอียด
08:30-09:00 น.	ลงทะเบียน และ Pre-conference : ก่อนดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
09:00-10:30 น.	ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายตามแนวปฏิบัติฯ
10:30-10:45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10:45-12:00 น.	ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติ (ต่อ)
12:00-13:00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13:00-14:45 น.	ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติ (ต่อ)
14:45-15:00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15:00-16:30 น.	Post-conference: ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ การติดตามและส่งต่อว่าอะไรที่ทำได้ดี อะไรที่เป็นอุปสรรค และอะไรที่ควรตัดออกหรือเพิ่มเติม

กำหนดการประชุม
โครงการ เสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการบนพื้นฐานนวัตกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น
ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
วันที่ 1 เมษายน 2569
ณ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
กิจกรรมที่ 5 ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
(ทดลองใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดี)

เวลา	รายละเอียด
08:30-09:00 น.	ลงทะเบียน และ Pre-conference : ก่อนดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบ บูรณาการ
09:00-10:30 น.	ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายตามแนวปฏิบัติฯ
10:30-10:45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10:45-12:00 น.	ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติ (ต่อ)
12:00-13:00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13:00-14:45 น.	ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติ (ต่อ)
14:45-15:00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15:00-16:30 น.	Post-conference: ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบแบบบูรณาการ ความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ การติดตามและส่งต่อว่าอะไรที่ทำได้ดี อะไรที่เป็นอุปสรรค และอะไรที่ควรตัดออกหรือเพิ่มเติม

กำหนดการประชุม
โครงการ เสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการบนพื้นฐานนวัตกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น
ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
วันที่ 22 เมษายน 2569
ณ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
กิจกรรมที่ 5 ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
(ทดลองใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางระดับปานกลาง)

เวลา	รายละเอียด
08:30-09:00 น.	ลงทะเบียน และ Pre-conference : ก่อนดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
09:00-10:30 น.	ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายตามแนวปฏิบัติฯ
10:30-10:45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10:45-12:00 น.	ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติ (ต่อ)
12:00-13:00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13:00-14:45 น.	ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติ (ต่อ)
14:45-15:00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15:00-16:30 น.	Post-conference: ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ การติดตามและส่งต่อว่าอะไรที่ทำได้ดี อะไรที่เป็นอุปสรรค และอะไรที่ควรตัดออกหรือเพิ่มเติม

กำหนดการประชุม
โครงการ เสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการบนพื้นฐานนวัตกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น
ตำบลคิ่งตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
วันที่ 29 เมษายน 2569
ณ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
กิจกรรมที่ 5 ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

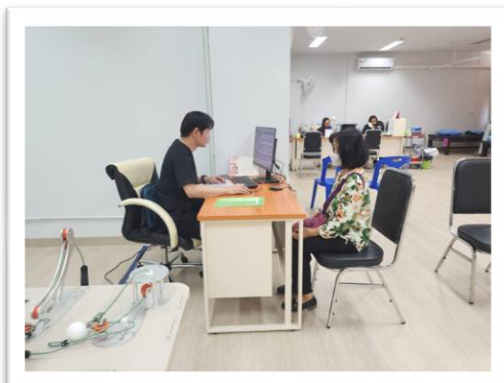
เวลา	รายละเอียด
08:30-09:00 น.	ลงทะเบียนและรับเอกสารสรุปผลรายงานการทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบ บูรณาการ
09:00-10:30 น.	นำเสนอผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ -นำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณ ตัวชี้วัดทางคลินิก ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนกระบวนการ
10:30-10:45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10:45-12:00 น.	นำเสนอผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ (ต่อ) -นำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ: ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ญาติ และเสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
12:00-13:00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13:00-14:45 น.	เปิดโอกาสให้ตัวแทนแต่ละวิชาชีพสะท้อนข้อดี และอุปสรรคในการทำงานประสานกันภายใต้แนวปฏิบัติใหม่
14:45-15:00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15:00-16:30 น.	หาข้อสรุปร่วมกันเพื่อปรับแก้แนวปฏิบัติเป็นฉบับสมบูรณ์ และวางแผนขยายผลลงพื้นที่
	ปิดประชุม

ภาพกิจกรรมการทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

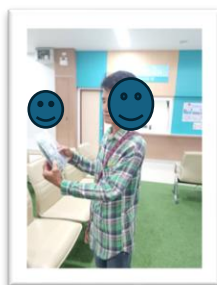
ทดลองใช้ในกลุ่มสุขภาพดี



ทดลองใช้ในกลุ่มเปราะบางเล็กน้อย



ทดลองใช้ในกลุ่มเปราะบางปานกลาง



กิจกรรมที่ 6

อบรมเชิงปฏิบัติการการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ภาคเหนือรวมถึง ตำบลค้งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งพบสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจะยังมีสุขภาพแข็งแรง แต่ยังมีกลุ่มที่เรียกว่า "ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง" (Vulnerable Elderly) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ผู้ที่ขาดผู้อุปการะดูแล หรือผู้ที่มีฐานะยากจน

จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ตำบลค้งตะเกา พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางมักประสบปัญหาภาวะถดถอยทางร่างกาย (Functional Decline) เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวไม่ดีจนเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม รวมถึงปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าจากการถูกทอดทิ้ง ซึ่งหากไม่ได้รับการ "ฟื้นฟูสุขภาพ" อย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เปลี่ยนสภาพจากกลุ่มติดบ้านกลายเป็นกลุ่มติดเตียงในที่สุด

ดังนั้น เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตและลดภาระในการดูแลของครอบครัวและชุมชน การจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งในด้านกายภาพบำบัดเบื้องต้น อาหารตามวัย และการดูแลจิตใจ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในตำบลค้งตะเกาได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง แกนนำสุขภาพ หรือผู้ดูแล (Caregiver) มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายที่เหมาะสมกับวัย
2. เพื่อฝึกทักษะเชิงปฏิบัติการให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติทำกายบริหาร การจัดสิ่งแวดล้อม และการเลือกโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและชะลอความเสื่อมของร่างกายได้จริง
3. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะติดเตียง ลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มและปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในเขตพื้นที่ตำบลค้งตะเกา
4. เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชนเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบอาสาสมัครและญาติในการติดตามดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรม

1.วางแผนร่วมกับเทศบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง

2.อบรมให้ความรู้การดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง

ฐานกิจกรรมที่ 1 "รู้จักร่างกาย รู้จักวัย" แบ่งกลุ่มย่อยผู้สูงอายุ ประเมินสมรรถนะ

- คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น วัดความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิ ส่วนสูง น้ำหนัก และพุดคุย

ทักษะสร้างความคุ้นเคย

-ประเมินภาวะสุขภาพและยาที่ใช้ประจำ

-ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

-ประเมินความจำและภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น

ฐานกิจกรรมที่ 2 "สมองใส ใจเบิกบาน" การฟื้นฟูความจำและจิตใจ

-การฟื้นฟูสมอง จิตใจ และการดูแลตนเองที่บ้าน

-กิจกรรมบริหารสมอง การใช้นิ้วมือ การทายคำ ศิลปะบำบัดง่ายๆ ระบายสี ปั้นดิน ฯลฯ

ฐานกิจกรรมที่ 3 "ขยับวันละนิด พิชิตโรค" ฝึกการฟื้นฟูทางกาย

-สอนและฝึกการบริหารร่างกาย การใช้วัสดุหรืออุปกรณ์ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

-สอนและฝึกการทรงตัวเบื้องต้น และเทคนิคการลุก-นั่ง-เดิน อย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันการหกล้ม

3.ส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางเรียนรู้การฟื้นฟูสุขภาพกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	10.00
หญิง	27	90.00
อายุ		
60-69	21	70.00
70-79	6	20.00
มากกว่า 79 ปี	3	10.00
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	14	46.67
มี	16	53.33
รับประทานยาต่อเนื่อง	12	75.00
รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	4	25.00
ค่า BMI		
ต่ำกว่าเกณฑ์	3	10.00
ตามเกณฑ์	8	26.67
สูงกว่าเกณฑ์	2	63.33

ตารางที่ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางเป็นเพศหญิงร้อยละ 90.00 เพศชายร้อยละ 10.00 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด คือ ร้อยละ 70.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.33 พบว่ารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 25.00 ค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 10.00 เป็นโรคอ้วน ร้อยละ 63.33

ตารางที่ จำนวนและร้อยละความสามารถในการดูแลตนเองและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง		
ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง	2	6.67
ช่วยเหลือตนเองได้มาก	28	93.33
ภาวะสมองเสื่อม		
มี	1	3.33
ไม่มี	29	96.67
ความเสี่ยงต่อการหกล้ม		0.00
ไม่มีความเสี่ยง	16	53.33
มีความเสี่ยง	11	36.67
มีความเสี่ยงอย่างมาก	3	10.00
ความสามารถในการทรงตัว		
ปกติ	23	76.67
ผิดปกติ	7	23.33

จากตารางที่ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดี ร้อยละ 93.33 ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 6.67 มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 3.33 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 36.67 มีความเสี่ยงต่ออย่างมาก ร้อยละ 10.00 มีความผิดปกติในการทรงตัว ร้อยละ 23.33

ตารางที่ จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาและดูแลต่อเนื่อง

ข้อมูลการส่งต่อเพื่อการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์เพื่อการรักษาและฟื้นฟู	22	73.33
กายภาพบำบัด	11	36.67
กิจกรรมบำบัด	3	10.00
ส่งต่ออายุรแพทย์	4	13.33
ทันตแพทย์	1	3.33
ส่งต่อโภชนาการ	3	10.00
หน่วยกายอุปกรณ์เพื่อตัดรองเท้า	1	3.33
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล	22	73.33
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	14	46.67
รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	4	13.33
โภชนาการ	3	10.00
สมองเสื่อม	1	3.33

จากตารางที่ ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ร้อยละ 73.33 โดยได้รับการทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 36.67 กิจกรรมบำบัด ร้อยละ 10 ให้การรักษาโดยอายุรแพทย์ เฉพาะทาง 13.33 ทันตแพทย์ ร้อยละ 3.33 และหน่วยกายอุปกรณ์เพื่อตัดรองเท้า 3.33 รักษาโดยกายภาพบำบัด ร้อยละ 36.67 กิจกรรมบำบัด ร้อยละ 10.00 ส่งต่ออายุรแพทย์ ร้อยละ 13.33 และส่งต่อโภชนาการ ร้อยละ 10.00 ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ร้อยละ 73.33

ภาคผนวก

กำหนดการ

เสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการบนพื้นฐานนวัตกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น ตำบลคั่งตะเภา อำเภอเมือง
จังหวัดอุดรธานี

วันที่ 25 มีนาคม 2569

ณ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

กิจกรรม 6.2 อบรมเชิงปฏิบัติการการฟื้นฟูสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง "โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการฟื้นฟูสุขภาวะผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง"

09:00 น.-09.30 น. ลงทะเบียน

09.30 น.-11.00 น. **ฐานกิจกรรมที่ 1** "รู้จักร่างกาย รู้จักวัย"

แบ่งกลุ่มย่อยผู้สูงอายุ ประเมินสมรรถนะ

- คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น วัดความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิ ส่วนสูง น้ำหนัก และพูดคุยทักทายสร้างความคุ้นเคย

-ประเมินภาวะสุขภาพและยาที่ใช้ประจำ

-ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

-ประเมินความจำและภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น

11.00 น.-11.15 น. พักรับประทานอาหารว่าง

11.15 น.-12.00 น. **ฐานกิจกรรมที่ 2** "สมองใส ใจเบิกบาน" (การฟื้นฟูความจำและจิตใจ)

-การฟื้นฟูสมอง จิตใจ และการดูแลตนเองที่บ้าน

-กิจกรรมบริหารสมอง การใช้นิ้วมือ การทายคำ ศิลปะบำบัดง่ายๆ ระบายสี ปั้นดิน ฯลฯ

12.00 น.-13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

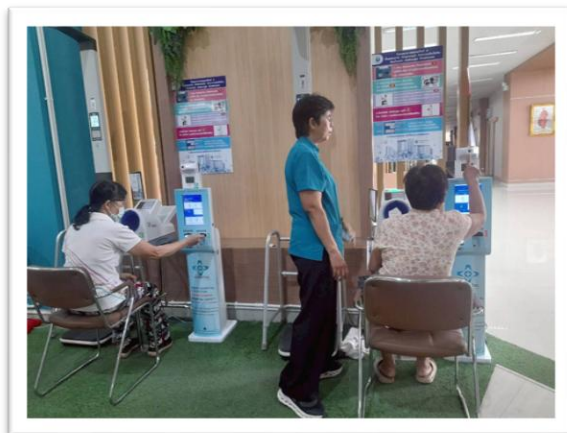
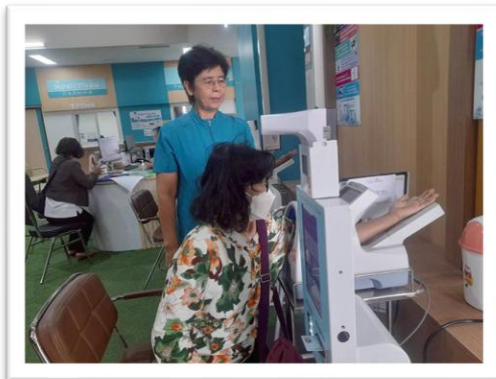
13.00 น.-14.00 น. **ฐานกิจกรรมที่ 3** "ขยับวันละนิด พิชิตโรค" (ฝึกการฟื้นฟูทางกาย)

-สอนและฝึกการบริหารร่างกาย การใช้วัสดุหรืออุปกรณ์ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

-สอนและฝึกการทรงตัวเบื้องต้น และเทคนิคการลุก-นั่ง-เดิน อย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันการหกล้ม

14.00 น.-14.10 น. พักรับประทานอาหารว่าง

14.10 น.-14.30 น. สรุปผลและประเมินผล



ฐานกิจกรรมที่ 1 "รู้จักร่างกาย รู้จักวัย"
คัดกรองเบื้องต้น ตรวจวัดสัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง



ประเมินภาวะสุขภาพและยาที่ใช้ประจำ



ฐานกิจกรรมที่ 2 "สมองใส ใจเบิกบาน" (การฟื้นฟูความจำและจิตใจ)



ฐานกิจกรรมที่ 3 "ขยับวันละนิด พิชิตโรค" (ฝึกการฟื้นฟูทางกาย)

กิจกรรมที่ 7
การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

ประเมินผลการดำเนินโครงการ

โครงการนี้เป็นการบูรณาการระหว่าง ระบาดวิทยาเชิงรุก (Active Screening), การจัดการรายกรณี (Case Management) และ เศรษฐกิจสร้างสรรค์ฐานราก (Local Creative Economy) โดยแบ่งกระบวนการออกเป็น 3 ระยะหลัก

1. ระยะการคัดกรองและจำแนกกลุ่มเป้าหมาย (Screening & Stratification) กระบวนการเริ่มต้นจากการใช้ฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ 940 คน แล้วสุ่มตัวอย่างเพื่อคัดกรองเข้มข้น 295 คน โดยใช้กลไกของ "ทีมสหสาขาวิชาชีพระดับพื้นที่" คือ ผู้วิจัย/อสม./รพ.สต./CG) เพื่อจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มสำคัญ คือ กลุ่มสุขภาพดีและกลุ่มเปราะบาง

2. ผู้สูงอายุกลุ่มไม่มีภาวะเปราะบาง มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและสร้างรายได้กลุ่มมีภาวะเปราะบางมุ่งเน้นการฟื้นฟูสุขภาพและการดูแลเชิงลึก โดยมีแนวทางการดำเนินงาน คือ การสร้างคุณค่าและนวัตกรรมทางสังคม (Social Innovation & Empowerment)

2.1 นวัตกรรมสังคมการสร้างมูลค่าเพิ่มจากภูมิปัญญาสมุนไพรผ่านระบบ "วิสาหกิจชุมชน" เพื่อเปลี่ยนจากผู้รับสวัสดิการมาเป็น "ผู้ประกอบการวัยเก๋า" (Senior Entrepreneurship)

2.2 นวัตกรรมดิจิทัล การเสริมสร้าง Digital Literacy เพื่อให้ผู้สูงอายุเท่าทันเทคโนโลยีและใช้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้

3. ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายเปราะบาง นวัตกรรมการดูแลแบบองค์รวม (Comprehensive Care Model) ใช้หลักการ Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) ประเมิน 4 มิติสำคัญ ดังนี้

ร่างกาย: จัดการเรื่องโรคเรื้อรัง การใช้ยาหลายขนาน (Polypharmacy) และโภชนาการ

3.1 ด้านกิจวัตรประจำวัน: ประเมิน ADL/IADL และความเสี่ยงต่อการล้ม (Balance)

3.2 ด้านจิตใจ: ฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และโรคซึมเศร้า

3.3 ด้านสังคม: ประเมินระบบเกื้อหนุนของครอบครัวและสถานะทางการเงิน

4. ระบบการจัดการรายกรณีและการฟื้นฟู (Clinical Management & Rehabilitation)

เมื่อประเมินแล้ว จะมีการแบ่งเกรดความรุนแรงเพื่อส่งต่ออย่างเหมาะสม ดังนี้

4.1 กลุ่ม Acute Illness: ส่งต่อโรงพยาบาลตามระบบ

4.2 กลุ่ม Geriatric Syndromes: ส่งคลินิกเฉพาะทาง

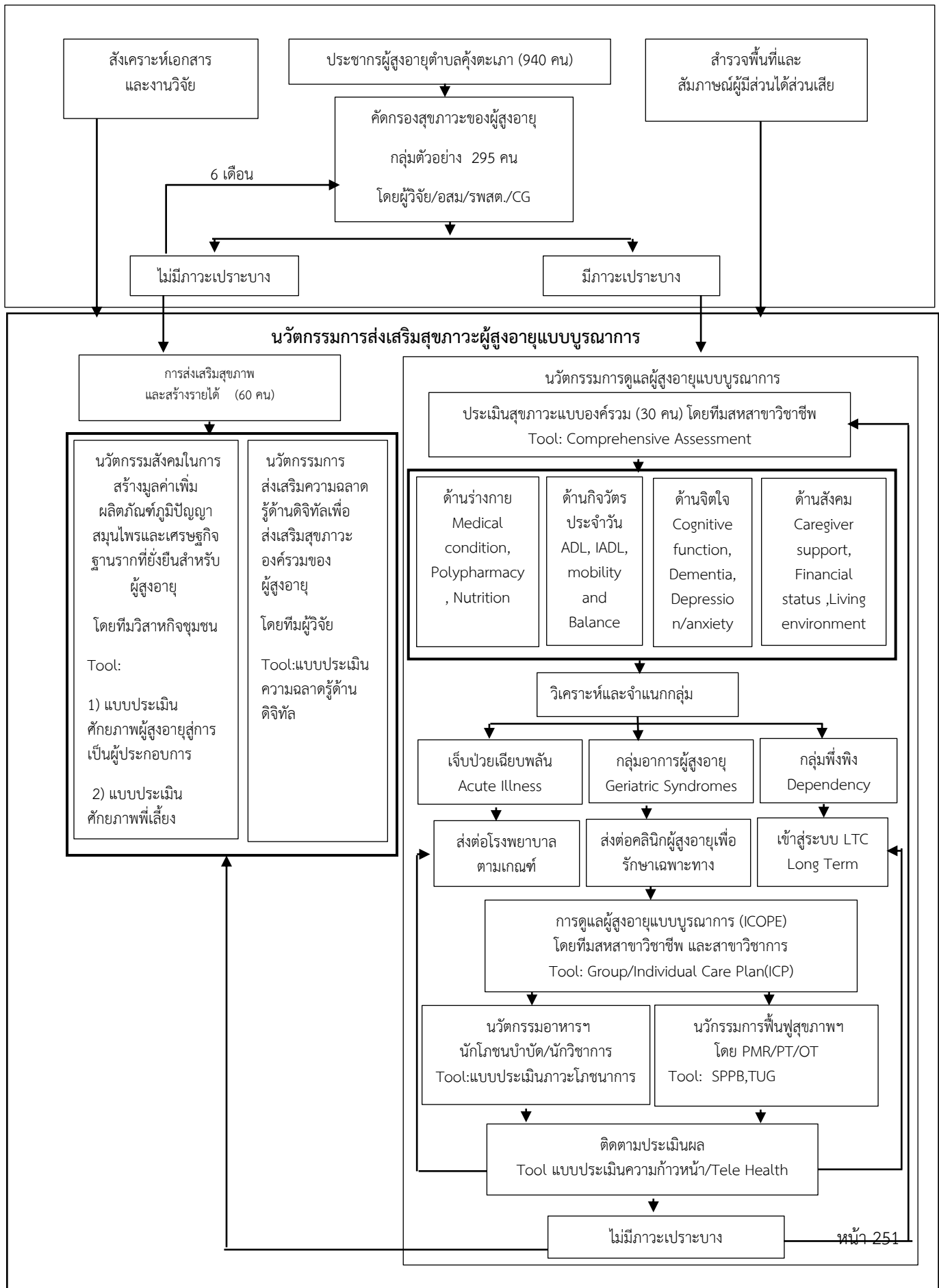
4.2 กลุ่ม Dependency: เข้าสู่ระบบ Long Term Care (LTC)

5. นวัตกรรมที่ใช้มีดังนี้

5.1 ICOPE & ICP: การใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People) เพื่อสร้างแผนดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan)

5.2 Rehabilitation Innovation: การใช้เทคนิคกายภาพบำบัด (PMR/PT/OT) ร่วมกับนวัตกรรมอาหารบำบัด

โมเดลนี้คือการทำ "Community-Based Integrated Care" ที่เปลี่ยนจาก "การตั้งรับในโรงพยาบาล" มาเป็นการ "รุกเข้าสู่ชุมชน" โดยใช้ "นวัตกรรม" เป็นตัวเชื่อมระหว่าง ภูมิปัญญาท้องถิ่น สมุนไพร/วิสาหกิจ และมาตรฐานสาธารณสุข (CGA/ICOPE) เพื่อสร้างความยั่งยืนให้กับสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลคุ้มตะเภาอย่างเป็นระบบ แสดงดังแผนภาพที่ 1



ตารางที่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาวะและสร้างเสริมรายได้ (n=30 คน)

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ			t-test
		$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	4.23	0.82	มาก	4.30	0.84	มาก	.320
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านสามารถทำในสิ่งที่ต้องการมาน้อยเพียงใด	4.07	1.23	มาก	4.73	0.69	มากที่สุด	0.21*
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.50	1.10	ปานกลาง	4.20	0.96	มาก	3.43*
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมาน้อยเพียงใด	3.67	1.09	มาก	4.13	0.97	มาก	2.25*
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มาน้อยเพียงใด	3.70	1.02	มาก	4.07	0.94	มาก	1.83
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	3.73	0.82	มาก	4.80	0.48	มากที่สุด	7.06*
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	4.03	0.85	มาก	4.40	1.00	มาก	1.55
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	4.33	1.06	มาก	4.57	0.68	มากที่สุด	1.02
9	ท่านจัดการกับรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลได้	4.23	0.81	มาก	4.63	0.67	มากที่สุด	3.03*
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	4.07	1.23	มาก	4.73	0.82	มากที่สุด	3.34*
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมาน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.50	1.10	ปานกลาง	4.00	0.83	มาก	

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ			t-test
		$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด	4.63	0.76	มากที่สุด	3.67	1.09	มาก	3.92*
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	3.70	1.02	มาก	4.03	0.93	มาก	1.44
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น	3.73	0.82	มาก	3.97	0.93	มาก	1.10
15	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.97	0.93	มาก	4.03	0.85	มาก	0.36
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	4.27	0.98	มาก	4.33	1.06	มาก	0.23
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	4.23	0.82	มาก	4.33	0.71	มาก	0.77
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	4.07	1.22	มาก	4.33	0.71	มาก	1.03
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3.50	1.11	ปานกลาง	4.30	0.79	มาก	3.31*
20	ท่านมีโอกาสดำรงฝึกฝนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	3.67	1.09	มาก	4.67	0.88	มากที่สุด	3.69*
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3.70	1.02	มาก	4.20	0.85	มาก	2.05*
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	3.73	0.83	มาก	4.43	0.97	มาก	3.03*
23	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	4.03	0.85	มาก	4.20	0.99	มาก	0.71
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	4.27	0.74	มาก	4.33	1.06	มาก	.273

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ			t-test
		$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน?(ชีวิตทางเพศหมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)	4.03	0.85	มาก	4.40	0.73	มาก	2.16*
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	4.33	1.06	มาก	4.60	0.93	มากที่สุด	1.69
	รวม	3.90	0.49	มาก	4.36	0.40	มาก	2.17*

จากตารางที่.... พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมรายได้ รับรู้คุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.90, S.D.=0.49 และ $\bar{x}$ =4.36, S.D.=0.40 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$)

ผลการประเมินความ “อยู่เย็น เป็นสุข” หรือความสุขมวลรวมของหมู่บ้าน/ชุมชน
(Gross Village Happiness : GVH) (n=266 คน)

ตารางที่ ระดับความสุขมวลรวมของหมู่บ้าน/ชุมชน (n=266 คน)			
รายการประเมินความ “อยู่เย็น เป็นสุข” หรือ ความสุขมวลรวมของหมู่บ้าน/ชุมชน (Gross Village Happiness : GVH)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
การมีสุขภาวะของหมู่บ้าน/ชุมชน	3.91	0.72	มาก
1.1 มีความรู้ในการสร้างและรักษาสุขภาพ	3.82	0.70	มาก
1.2 บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี	3.92	0.72	มาก
1.3 บุคคลใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า	4.00	0.75	มาก
2. เศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็ง เป็นธรรม ของหมู่บ้าน/ ชุมชน	3.76	0.82	มาก
2.1 ครอบครัวมีความมั่นคงในอาชีพ	3.92	0.77	มาก
2.2 ชุมชนมีการกระจายรายได้	3.71	0.77	มาก
2.3 ชุมชนมีกิจกรรมสร้างความมั่นคงเศรษฐกิจฐาน ราก	3.64	0.91	มาก
3. ครอบครัวอบอุ่น	4.00	0.82	มาก
3.1 ครอบครัวรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน	3.98	0.80	มาก
3.2 มีการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีคุณภาพ	3.92	0.80	มาก
3.3 ครอบครัวมีการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ	4.10	0.87	มาก
4. การบริหารจัดการชุมชนที่ดี	3.87	0.75	มาก
4.1 ประชาชน กลุ่มองค์กร มีสัมพันธ์ที่ดี	3.79	0.72	มาก
4.2 ชุมชนที่มีการจัดระบบบริหารจัดการชุมชน	3.78	0.72	มาก
4.3 ชุมชน/ภาคีการพัฒนาเกื้อหนุนกัน	3.73	0.82	มาก
4.4 ชุมชนมีการสื่อสาร และการเรียนรู้	3.91	0.85	มาก
4.5 ชุมชนสามารถดำรงไว้ซึ่งคุณค่าของประเพณี วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น	4.13	0.74	มาก
5. สภาพแวดล้อม มีระบบนิเวศน์ที่สมดุล	3.96	0.78	มาก
5.1 ครอบครัว มีที่อยู่อาศัยมั่นคง	4.01	0.75	มาก
5.2 ชุมชนมีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย	3.90	0.75	มาก
5.3 ชุมชนมีสาธารณูปโภคที่พอเพียง	3.95	0.79	มาก
5.4 ชุมชนมีทรัพยากรธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์	3.97	0.82	มาก
6. เป็นชุมชนประชาธิปไตย มีธรรมาภิบาล	3.94	0.76	มาก
6.1 บุคคลมีศักดิ์ศรี มีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียม	3.95	0.77	มาก

รายการประเมินความ “อยู่เย็น เป็นสุข” หรือ ความสุขมวลรวมของหมู่บ้าน/ชุมชน (Gross Village Happiness : GVH)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
6.2 บุคคลปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ กติกาประชาธิปไตย	3.86	0.84	มาก
6.3 ชุมชนมีธรรมาภิบาล	3.91	0.74	มาก
6.4 ชุมชน มีวิธีการแก้ปัญหาความขัดแย้ง มีการ สร้างความรัก ความเข้าใจ ความสามัคคีร่วมกันใน ชุมชน	4.05	0.69	มาก
7. เป็นชุมชนแห่งความเอื้ออาทร	4.04	0.75	มาก
7.1 ส่งเสริมระบบการเกื้อกูล คนทุกวัยในชุมชน	3.85	0.69	มาก
7.2 ส่งเสริมความดี สร้างความดี	4.00	0.73	มาก
7.3 ส่งเสริมจิตสำนึกรักษาดูแลสมบัติชุมชน	4.02	0.72	มาก
7.4 ส่งเสริมสำนึกรัก รักดีสถาบัน	4.27	0.87	มาก
โดยรวม	3.93	0.77	มาก

จากตารางที่ พบว่า ชุมชนหมู่ 2,5,6 และ 8 มีความสุขมวลรวมอยู่ในระดับมาก มาก ($\bar{x}$ =3.93, S.D.=0.77) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด คือ เป็นชุมชนแห่งความเอื้ออาทร ($\bar{x}$ =4.04, S.D.=0.75) รองลงมา คือ ครอบครัวอบอุ่น ($\bar{x}$ =4.00, S.D.=0.82) และสภาพแวดล้อม มีระบบนิเวศน์ที่สมดุล($\bar{x}$ =3.96, S.D.=0.78)

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน Social Return on Investment : SROI
โครงการ รูปแบบการยกระดับสุขภาวะและเศรษฐกิจฐานรากบนฐานภูมิปัญญาสมุนไพรและนวัตกรรมสังคม
สำหรับผู้สูงอายุชุมชนคั้งตะเกา จังหวัดอุดรธานี

ภายใต้การวิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment : SROI) มีแนวคิดจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) กล่าวคือมีการมีโครงการจากการวิจัยครั้งนี้ได้สร้างการเปลี่ยนแปลงในแง่บวกทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม มากน้อยเพียงใดภายใต้เงินที่ลงทุนสนับสนุนโครงการวิจัยดังกล่าว โดยวัดผลลัพธ์ ผลกระทบในแง่บวกทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในรูปแบบ Impact Pathway จากผลผลิตโครงการที่ได้ดำเนินการกล่าวคือโครงการบรรลุวัตถุประสงค์การจัดทำโครงการแล้วโดยมีผลลัพธ์ทางสังคมจำแนกตามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ก่อให้เกิดผลลัพธ์นั้นคุ้มค่าต่อการลงทุนหรือไม่เพียงใด

นอกจากนี้การประเมินในครั้งนี้ประเมินภายใต้ Ex-ante Approach กล่าวคือประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กับการดำเนินโครงการและการคาดการณ์ในอนาคตภายใต้ระยะเวลาที่โครงการจะดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยประเมินไว้ที่ 1 ปีต่อเนื่องเนื่องจากโครงการนี้ดำเนินการมาเพียง 4 เดือนและคาดการณ์รายได้ที่ผู้สูงอายุดำเนินการภายใต้วิสาหกิจชุมชน อีก 8 เดือน (รวม 1 ปี) จึงไม่ได้คำนวณภายใต้เงื่อนไขที่โครงการจะดำเนินการต่อไป 5 ปี (จึงไม่ได้มีการปรับอัตราการขยายตัวของการใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคในสินค้าไม่คงทนร้อยละ 0.9 ในปี 2568 จากสำนักงานคลังจังหวัดอุดรธานี, 2569)

ภายใต้หลักแนวคิดข้างต้นสามารถแสดงผลการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) โดยมีกระบวนการวิเคราะห์จากการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เข้าร่วมโครงการจำแนกตามผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สามารถสรุปผลการวิเคราะห์เป็นลำดับขั้นดังนี้

1. การแสดงแผนที่ผลลัพธ์ของโครงการ จำแนกปัจจัยนำเข้า กิจกรรม ผลผลิต และผลลัพธ์ (ตารางที่ 1)
2. การแสดงผลลัพธ์ภายใต้ตัวชี้วัดเพื่อหามูลค่าแทนทางการเงิน และมูลค่าก่อนหักมูลค่าผลลัพธ์ (ตารางที่ 2) โดยแนวคิดการหามูลค่าแทนทางการเงินเพื่อใช้ในการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมได้ใช้หลักการ 2 หลักการในการคำนวณ

1.1 หลักการ Benefit Transfer ได้ประยุกต์จากแนวคิดการประเมินงานด้านสิ่งแวดล้อมภายใต้หลักการการโยกย้ายผลประโยชน์ (Benefit Transfer Approach) เป็นวิธีการที่ผู้ประเมินมูลค่าสิ่งแวดล้อมจากงานวิจัยอื่น มาয়พื้นที่ที่ได้ดำเนินโครงการวิจัย โดยมีการโอนประโยชน์ทำได้ 2 วิธี 1) โอนมาใช้ทั้งสมการ (Transfer to Function) โดยสมการทำนายที่ได้จากการคัดเลือกรุ่น และ 2) การโอนเฉพาะมูลค่า/ตัวเลข (Transfer of Value) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้ประโยชน์หลักการ Benefit Transfer โดยการโอนผลประโยชน์เป็นมูลค่าตัวเลข

1.2 การฝึกอบรมเพื่อให้เกิดองค์ความรู้เพิ่มขึ้นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการ ได้แก่ นักวิจัย นักศึกษา ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Aging) ซึ่งในโครงการนี้ถือว่าเป็นผู้มีส่วนได้เสีย เป็นมูลค่าแทนทางการเงิน (Monetization)

1.3 การประเมินสถานการณ์ไม่ต้องเข้าไปรับบริการฉุกเฉิน เมื่อมีโครงการนี้ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง ในส่วนของการแปลงมูลค่าแทนทางการเงิน (Monetization)

1.4 หลักการต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) เพื่อใช้เป็นมูลค่าแทนทางการเงิน

(Monetization) สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางได้รับการในเรื่องการป้องกัน การฟื้นฟู จากโครงการนี้ (แต่เนื่องจากโครงการนี้อยู่ในช่วง on process ในบางผลลัพธ์จึงยังไม่ได้นำมาคำนวณด้วยหลักการดังกล่าว)

3. การปรับมูลค่าผลลัพธ์ ภายใต้กรอบการวิเคราะห์ SROI โดยโครงการนี้ไม่ได้ปรับมูลค่าผลลัพธ์เนื่องจากเหตุผลดังนี้

3.1 การปรับ Deadweight สัดส่วนของผลลัพธ์ที่ไม่ควรนำมาคำนึง เพราะเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเองอยู่แล้ว (เนื่องจากในส่วนของรายได้ที่ดำเนินการดังกล่าวผู้สูงอายุ ยังไม่มีองค์ความรู้ดังกล่าวการอบรมแนวที่โครงการนี้ได้ดำเนินการมาก่อนจึงไม่มีการปรับ ข้อ 3.1)

3.2 การปรับ Attribute สัดส่วนของผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการ “โครงการ รูปแบบการยกระดับสุขภาวะและเศรษฐกิจฐานรากบนฐานภูมิปัญญาสมุนไพรและนวัตกรรมสังคมสำหรับผู้สูงอายุชุมชนคั้งตะเกา จังหวัดอุดรดิตถ์” ไม่นับโครงการอื่น (ไม่มีปรับเนื่องจากได้สอบถามผู้สูงอายุ หน่วยงานอื่น ยังไม่ได้มาให้องค์ความรู้ในแบบที่โครงการนี้ดำเนินการ)

3.3 การปรับ Displacement ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนอกโครงการ “โครงการ รูปแบบการยกระดับสุขภาวะและเศรษฐกิจฐานรากบนฐานภูมิปัญญาสมุนไพรและนวัตกรรมสังคมสำหรับผู้สูงอายุชุมชนคั้งตะเกา จังหวัดอุดรดิตถ์” ไม่มีการปรับ Displacement เนื่องจากผลลัพธ์พึงประสงค์ยังไม่เกิด และโครงการนี้ได้ดำเนินการพิจารณาผลลัพธ์เพียง 3 เดือน และไม่มีการปรับ Drop off อัตราการลดลงของผลประโยชน์ที่โครงการจะลดลง (เนื่องจากโครงการกำหนดให้เป็นโครงการที่มีต่อเนื่องเพื่อสร้างรายได้ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่รวมกลุ่มวิสาหกิจชุมชน โดยการวิจัยครั้งนี้ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุอีก 3 กลุ่มที่ได้วางแผนเพื่อจดทะเบียนเป็นวิสาหกิจชุมชนร่วมกับสมาชิกในชุมชนที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้)

4 การแสดงการคำนวณ SROI โดยมีเงื่อนไขในการคำนวณ

4.1 กำหนดอายุโครงการที่คาดว่าจะเกิดประโยชน์ในช่วงที่เหลืออีก 8 เดือนในรอบปี ปีและตลอดอายุโครงการมีผลประโยชน์ไม่ได้ลดลงเนื่องจากทางโครงการได้สร้างระบบการ coaching จนทำให้มีกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ได้รับการจดทะเบียนเพิ่มขึ้น ณ เวลาประเมิน ถึง 2 กลุ่มวิสาหกิจชุมชนและกำหนดให้มีอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.9 จากการประมาณการเติบโตการใช้จ่ายสินค้าไม่คงทนของสำนักงานการคลังจังหวัดอุดรดิตถ์ในปี พ.ศ. 2569 (แต่เนื่องจากการคำนวณครั้งนี้จะใช้ข้อมูลเพียง 1 ปี โดยคำนวณตัวเลขที่คาดการณ์เพียง 8 เดือน)

4.2 กำหนดอัตราคิดลดเท่ากับ 2.70 % (อัตราผลตอบแทน ของพันธบัตรรัฐบาล 5 ปีเฉลี่ย ในปี พ.ศ. 2569 เนื่องจากการดำเนินการด้วยทุนของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์เป็นเงินสนับสนุนจากรัฐบาลในเรื่องค่าเสียโอกาส ถ้ารัฐไม่ลงทุนดังกล่าว รัฐโดยทั่วไปมักจะนำเงินไปหาผลตอบแทนจากพันธบัตรรัฐบาล (ซึ่งในการคำนวณครั้งนี้ไม่ใช้หลักการอัตราคิดลดเนื่องจากใช้ตัวเลขเพียงปี 2569 เพียง 1 ปี)

4.3 โครงการนี้มีเงินลงทุนเท่ากับ 400,000 บาท

ผลการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) มีค่าเท่ากับ 2.19 หมายความว่า การลงทุนร้อยละ 1 มีผลตอบแทนทางเศรษฐกิจและสังคมเกิดขึ้นร้อยละ 2.19 ซึ่งมีความคุ้มค่าในการดำเนินโครงการและสามารถสร้างคุณค่าทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโครงการ “การยกระดับสุขภาวะและเศรษฐกิจฐานรากบนฐานภูมิปัญญาสมุนไพรและนวัตกรรมสังคมสำหรับผู้สูงอายุชุมชนคั้งตะเกา จังหวัดอุดรดิตถ์” (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แผนที่ผลลัพธ์ จำแนกตามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใต้การดำเนินการกิจกรรมต่างๆ

ปัจจัย (Input)	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)	กิจกรรม (Process)	ผลผลิต (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)		ผลกระทบ (Impact)
				User	change	
1.จำนวนกำลังคน 2.งบประมาณ 3.ระยะเวลาดำเนิน โครงการ	นักวิจัย (มรอ 5 คน) (รพ 4 คน)	สืบค้นและสังเคราะห์ เอกสาร งานวิจัย	ได้องค์ความรู้ด้าน รูปแบบการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุฯ ทั้งในกลุ่มสุขภาพดี และเปราะบาง	ทีมผู้วิจัย	ผู้วิจัยและชุมชนได้องค์ ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบ การส่งเสริมรายได้และสุข ภาวะของผู้สูงอายุทั้งกลุ่ม สุขภาพดีและกลุ่ม เปราะบาง	เกิดการสะสมทุนทางปัญญาใน ด้านความภูมิใจความสุขจากการ ได้ทำงานในโครงการนี้
	นักวิจัย (มรอ 5 คน) (รพ 4 คน) (ปราชญ์ ชุมชน)	ศึกษาบริบทชุมชน สุขภาพผู้สูงอายุ ภูมิ ปัญญาสมุนไพร ท้องถิ่น ช่องว่าง ความรู้และความ ต้องการด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ	องค์ความรู้เกี่ยวกับ -สุขภาพของ ผู้สูงอายุ 4 หมู่บ้าน -องค์ความรู้ด้านภูมิ ปัญญาสมุนไพร -ช่องว่างความรู้ และความต้องการ ของผู้สูงอายุ ชุมชน ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานด้าน ผู้สูงอายุ	ทีมผู้วิจัยและ ชุมชน	ผู้วิจัยและชุมชนได้รับองค์ ความรู้เกี่ยวกับ -สุขภาพของผู้สูงอายุ 4 หมู่บ้าน -องค์ความรู้ด้านภูมิ ปัญญาสมุนไพร -ช่องว่างความรู้และความ ต้องการของผู้สูงอายุ ชุมชน ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ	เกิดการสะสมทุนทางปัญญาใน ด้านความภูมิใจความสุขจากการ ได้ทำงานในโครงการนี้
	ผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพ ดี (30 คน)	3. นำ (ร่าง) รูปแบบ นวัตกรรมการสร้าง รายได้บนเศรษฐกิจ	ได้นวัตกรรมกรมการ ส่งเสริมรายได้ 1. Stricker Logo เพื่อใช้ในการ	ผู้สูงอายุ กลุ่ม สุขภาพดี (30 คน)	- ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ โดยได้ทดลองนำสินค้า ต้นแบบไปผลิตซ้ำและ ทดลองนำสู่ตลาด โดยมี	-ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทาง เศรษฐกิจ -รายได้จากคุณค่าในความรู้ที่ ตนเองได้รับการพัฒนา

ปัจจัย (Input)	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)	กิจกรรม (Process)	ผลผลิต (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)		ผลกระทบ (Impact)
				User	change	
	พี่เลี้ยงวิสาหกิจ (5 คน)	ฐานรากและ นวัตกรรมสังคม โดยแบ่งกิจกรรม 1. อบรมความรู้ด้าน ดิจิทัลในการสร้าง Story Telling ของ สินค้าที่ตนทำและ การสร้างสต็อกเกอร์ ให้กับสินค้าของ ตนเอง 2. อบรมการฝึกการ ผลิตสินค้าจาก สมุนไพรในบ้าน ตนเองโดยการทำ สินค้าที่สามารถนำ ออกขายได้โดยมีการ นำร่องทางการตลาด และต่อยอด 1. แบบประเมิน ศักยภาพการเป็น Coach	สื่อสารในการตัวตน จาก story telling 2. ได้ต้นแบบ ผลิตภัณฑ์เพื่อนำสู่ การตลาดตลาด ได้แก่ น้ำยาล้าง จาน น้ำยา อเนกประสงค์ น้ำยาถูพื้น น้ำยา ปรับผ้านุ่ม หวาน ม้าเหลือง ได้กลุ่มวิสาหกิจ ชุมชนเป็นทางการ 2 กลุ่ม	1. พี่เลี้ยง วิสาหกิจชุมชน จำนวน 5 คน	ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุรับซื้อ และปรับปรุงสูตร - เกิดการสร้างเครือข่าย เพื่อการขยายตลาดผ่าน สื่อสาร online และ onsite - พี่เลี้ยงวิสาหกิจชุมชน ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ในการเป็น coach ให้กับ ผู้สูงอายุ - เกิดวิสาหกิจชุมชน เพิ่มขึ้น 2 แห่ง และรอ การ coaching ต่ออีก 3 แห่ง	- ผู้สูงอายุสามารถประหยัด ค่าใช้จ่ายโดยใช้ผลิตภัณฑ์ที่ ตนเองผลิต - ผู้สูงอายุได้เข้าสังคมมากขึ้น มี ความพึงพอใจและรู้สึกรักคุณค่า ในตนเองเพิ่มมากขึ้น - พี่เลี้ยงมีความสุขความภูมิใจที่ ได้ทำงานนี้และสามารถผลักดัน ให้เกิดกลุ่มวิสาหกิจชุมชนซึ่งได้ จดทะเบียน 2 กลุ่ม และรอ ขยายผลอีก 1 กลุ่ม

ปัจจัย (Input)	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)	กิจกรรม (Process)	ผลผลิต (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)		ผลกระทบ (Impact)
				User	change	
	ผู้สูงอายุกลุ่ม เปราะบาง (30 คน)	2. Coaching กลุ่ม ผู้สูงอายุเข้าร่วม โครงการเพื่อสร้าง ความเป็นทีมและ เรียนรู้การบริหารงาน วิสาหกิจชุมชนอย่าง ทางการเพื่อให้ ผลิตภัณฑ์ที่กลุ่มได้ พัฒนาขึ้นร่วมกัน		3. ผู้สูงอายุกลุ่ม เปราะบาง จำนวน 30 คน	-ทราบสถานะสุขภาพของ ตนเองและอุ่นใจขึ้นเมื่อมี โครงการนี้ เนื่องจาก สามารถดูแลตนเอง ป้องกันตนเอง เพื่อลด เหตุการณ์ฉุกเฉินในการไป รับบริการที่โรงพยาบาล	-ลดค่าใช้จ่ายภาครัฐจากการ ให้บริการทางการแพทย์เมื่อ ฉุกเฉินของผู้สูงอายุเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลเช่น การลด อุบัติเหตุจากภาวะเปราะบาง เช่น พลัดตกหกล้ม ลดความ รุนแรงของภาวะเปราะบางและ ทุพพลภาพ
	-นักศึกษาหลักสูตร นิเทศศาสตร์ (18 คน) ผู้ช่วยในการ อบรมการทำ Story telling และการ ออกแบบ Stricker -นักศึกษาหลักสูตร เศรษฐกิจดิจิทัล (4 คน) ในการช่วยใน การอบรมการทำ น่ายาสมุนไพร น่ายา อเนกประสงค์	นำนวัตกรรมการ สร้างรายได้บน ฐานเศรษฐกิจฐาน ราก โดยแบ่งกิจกรรม 1. อบรมความรู้ด้าน ดิจิทัลในการสร้าง story tell ของสินค้า ที่ตนทำและการสร้าง สตอรี่ให้กับสินค้า ของตนเอง 2. อบรมการฝึกการ ผลิตสินค้าจาก	1.ผู้สูงอายุกลุ่ม สุขภาพดี จำนวน 30 คน ได้รับการ ส่งเสริมความรู้ด้าน ดิจิทัลในการสร้าง story tell ของ สินค้าที่ตนทำและ การสร้างสตอรี่ ให้กับสินค้าตนเอง ร่วมกับนักศึกษา และผู้วิจัย 2. ได้ผลิตภัณฑ์ทำ ความสะอาดใน	1. ผู้สูงอายุ กลุ่ม สุขภาพดีจำนวน 30 คน 2. พี่เลี้ยง วิสาหกิจชุมชน จำนวน 5 คน	1. อาจารย์นักวิจัย ได้นำ พื้นที่เป็น Social lab ให้กับนักศึกษาได้ใช้ ความรู้ที่ได้รับจากทฤษฎี ลงสู่การปฏิบัติจริงทำ ให้นักศึกษาเกิดความรู้ด้าน การประยุกต์และมั่นใจว่า ตนเองได้ทำประโยชน์ ให้กับสังคมได้	นักศึกษามีความรู้สึกรู้สึกมีความ ภูมิใจที่ได้ลงไปทำงานร่วมกับ โครงการนี้

ปัจจัย (Input)	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)	กิจกรรม (Process)	ผลผลิต (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)		ผลกระทบ (Impact)
				User	change	
		สมุนไพรในบ้าน ตนเองโดยการทำ สินค้าที่สามารถนำ ออกขายได้	ครัวเรือนทำจาก สมุนไพร 4 ผลิตภัณฑ์ร่วมกับ นักศึกษาและผู้วิจัย			

ตารางที่ 2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลกระทบ วิธีการเก็บข้อมูล ข้อมูล และการแทนมูลค่าทางการเงิน

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)	ผลกระทบ	ตัวชี้วัด	เครื่องมือและ วิธีการเก็บข้อมูล	มูลค่าแทนทาง การเงิน	มูลค่าผลกระทบก่อนหักมูลค่า ผลกระทบที่โครงการไม่ได้ก่อ (บาทต่อปี)
นักวิจัย (มรอ. 5 คน) ทีมเวชศาสตร์ ฟื้นฟู (5 คน)	เกิดการสะสมทุน ทางปัญญาในด้าน ความภูมิใจ ความสุขจากการ ได้ทำงานใน โครงการนี้	<u>ด้านสังคม</u> การสะสมทุนทางปัญญาโดยคิด มูลค่าความภูมิใจและความเชี่ยวชาญของทีมวิจัย ประเมินผ่านต้นทุนการทดแทนบุคลากร (Replacement cost) โดยการอ้างอิงอัตราค่าอบรม เฉพาะทาง (specialized training fees) รพ 5 คน ในหลักสูตรอบรมระยะสั้น รุ่น 3 “การยกระดับงานประจำสู่งานวิจัยทางสหเวชศาสตร์ อย่างมีประสิทธิภาพ ปี 2569” มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ค่าอบรม 3,600 บาทต่อ หลักสูตร มรอ 5 คน สมาคมส่งเสริมการวิจัย (สสว.) อบรม หลักสูตร “วิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ แบบผสม” 2569 ค่าลงทะเบียน 2,900 บาท	แบบสอบถาม พร้อมการสำรวจ	นักวิจัย (ทีมเวช ศาสตร์) 3900×5 = 19,500 บาท นักวิจัย (ทีมมรอ) 2900×5 = 14,500 บาท	34,000
ผู้สูงอายุกลุ่ม สุขภาพดี (30 คน)	-ผู้สูงอายุมีความ มั่นคงทาง เศรษฐกิจใน ประเด็นรายได้ จากคุณค่าใน ความรู้ที่ตนเอง ได้รับการพัฒนา	<u>ด้านเศรษฐกิจ</u> รายได้เพิ่มขึ้นจากการทำผลิตภัณฑ์ขาย น้ำยาล้างจาน น้ำยาอเนกประสงค์ น้ำยาถูพื้น	แบบสัมภาษณ์ และ แบบสอบถาม พร้อมการ สัมภาษณ์และ การสำรวจ	วิสาหกิจแก่งเสือ เต้น ขายน้ำยาได้ 205 ขวด ขวดละ 20 บาท 205×20 = 4,100 บาท (2 เดือน) เฉลี่ยเดือน ละ 100 ขวด จึง ได้ทำนายนไปอีก 8	20,100

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)	ผลกระทบ	ตัวชี้วัด	เครื่องมือและ วิธีการเก็บข้อมูล	มูลค่าแทนทาง การเงิน	มูลค่าผลกระทบก่อนหักมูลค่า ผลกระทบที่โครงการไม่ได้ก่อ (บาทต่อปี)
พี่เลี้ยงวิสาหกิจ (5 คน)	-ผู้สูงอายุสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายโดยใช้ผลิตภัณฑ์ที่ตนเองผลิต -ผู้สูงอายุได้เข้าสังคมมากขึ้น มีความพึงพอใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น -พี่เลี้ยงมีความสุข ความภูมิใจที่ได้ทำงานนี้กับผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดี	ประหยัดค่าใช้จ่ายโดยไม่ต้องซื้อน้ำยา (รอดำเนินการเมื่อครบ 1 ปี) ด้านสังคม เพิ่มคุณค่า <u>ด้านสังคม</u> เพิ่มคุณค่าในตัวเองและได้ความรู้การบริหารจัดการเครือข่ายและความเป็นพี่เลี้ยงในการเป็น coaching ประเมินผ่านต้นทุนการทดแทนบุคลากร (Replacement cost) โดยการอ้างอิงอัตราค่าอบรมเฉพาะทาง (specialized training fees) หลักสูตรมหัศจรรย์เทคนิคการสอนแนะและการเป็นพี่เลี้ยง โดยบริษัท เอ็มมาร์กโซลูชั่น จำกัด หลักสูตร 3,500 บาทต่อท่าน	แบบสัมภาษณ์ พร้อมการสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ พร้อมการสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ พร้อมการสัมภาษณ์	เดือน มีรายได้เป็น 16,000 บาท รวมเป็น 20,100 บาท n.a. n.a. $3,500 \times 5 = 17,500$ บาท	17,500

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)	ผลกระทบ	ตัวชี้วัด	เครื่องมือและ วิธีการเก็บข้อมูล	มูลค่าแทนทาง การเงิน	มูลค่าผลกระทบก่อนหักมูลค่า ผลกระทบที่โครงการไม่ได้ก่อ (บาทต่อปี)
ผู้สูงอายุกลุ่ม เปราะบาง (30 คน)	ลดค่าใช้จ่าย ภาครัฐจากการ ให้บริการทาง การแพทย์เมื่อ ผู้สูงอายุเข้ารับการ รักษาฉุกเฉินใน โรงพยาบาล เช่น โครงการนี้ป้องกัน ทำให้เกิดการลด อุบัติเหตุจากภาวะ เปราะบาง เช่น พลัดตกหกล้ม ลด ความรุนแรงของ ภาวะเปราะบาง และทุพพลภาพ	<u>ด้านเศรษฐกิจ</u> ลดค่าใช้จ่ายภาครัฐที่มีต้นทุนในการ ให้บริการผู้ป่วยในการต้องรับบริการฉุกเฉินโดยการ คำนวณภายใต้หลักการ benefit transfer ด้านมูลค่า ต้นทุนที่โรงพยาบาลรัฐจะประหยัดได้ 26,201 บาทต่อ คน (งานวิจัย อุทุมพร วงษ์ศิลป์และคณะ, 2021)	แบบสอบถาม พร้อมการสำรวจ	$30 \times 26,201 =$ 786,030 บาท	786,030
นักศึกษาหลักสูตร นิเทศศาสตร์ (22 คน)	นักศึกษามี ความรู้ที่มีความ ภูมิใจที่ได้ลงไป ทำงานร่วมกับ โครงการนี้	อบรม AI: ปัญญาประดิษฐ์เบื้องต้นสำหรับธุรกิจ 9,500 บาท โดยนิดา ปี 2569 (https://as.nida.ac.th/training_ai_for_business/) สำหรับนักศึกษานิเทศศาสตร์	แบบสอบถาม พร้อมการสำรวจ	$9500 \times 22 =$ 20,900 บาท	20,900

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)	ผลกระทบ	ตัวชี้วัด	เครื่องมือและ วิธีการเก็บข้อมูล	มูลค่าแทนทาง การเงิน	มูลค่าผลกระทบก่อนหักมูลค่า ผลกระทบที่โครงการไม่ได้ก่อ (บาทต่อปี)
นักศึกษาหลักสูตร เศรษฐกิจดิจิทัล	นักศึกษามี ความรู้ที่มีความ ภูมิใจที่ได้ลงไป ทำงานร่วมกับ โครงการนี้	สำหรับนักศึกษาเศรษฐกิจดิจิทัล อบรมการผลิตสินค้าจากสมุนไพรสำหรับหน่วยงาน ภาครัฐ (ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย)			n.a.
รวม					878,530
ต้นทุน					400,000
SROI					$878,530/400,000 = 2.19$

ตัวอย่างความรู้สึกลูกศิษย์นิเทศศาสตร์

รู้สึกมีความสุขที่เป็นส่วนหนึ่งในการใช้ความรู้ แม่ๆ พ่อๆ ไม่คิดว่าจะทำได้ แต่ก็ทำได้ ถ้ามีโอกาสอีกอยากไปอีกค่ะ
การได้ลงพื้นที่ช่วยอาจารย์ในการช่วยสอนให้กับผู้สูงอายุ เราได้ทั้งช่วยและได้ความรู้ค่ะ เพราะบางอย่างเราไม่ได้มีความรู้มากพอ อาจารย์เข้ามาสอนเราก่อนที่จะลงพื้นที่จริง เป็นการเรียนรู้ที่ได้จริงอย่างหนึ่งเลยคะ ทำให้เราได้ฝึกทักษะนอกเหนือห้องเรียนด้วย ทั้งการพูดคุยกับคนต่างวัย การปรับแนวคิดใหม่ๆ การได้เป็นผู้ช่วยให้กับอาจารย์สนุก มากๆคะ
รู้สึกที่เราได้รู้จักคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ว่าจริงๆเราก็สามารถที่จะแบ่งปันความรู้ ทักษะความสามารถที่เรามีให้กับคนอื่นได้ สิ่งที่เราเรียนมาก็ไม่ได้สูญเปล่า และก็ยังสามารถเห็น ปลายทางในอนาคตในสายอาชีพได้อีกด้วย
ได้ทั้งประสบการณ์และสานสัมพันธ์กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม
รู้สึกได้นำความรู้ในหลากหลายศาสตร์ไม่ว่าจะเป็นทฤษฎีหรือปฏิบัติจริงที่อาจารย์ได้เคยมอบให้ นำมาสานต่อส่งมอบสิ่งที่สร้างประโยชน์โดยตรงให้กับผู้ที่ได้เรียน ด้วยความ เข้าใจ ใจเย็น ปรับตัวได้ง่าย ดังที่อาจารย์เคยปฏิบัติกับกับพวกเรา

ตอนแรกๆก็กลัวๆกลัวๆแต่พอเริ่มทำไปเรื่อยๆก็มีความสุขเพิ่ม 😊
ความสุขและความรู้มากเลยคะที่จะเอาความสามารถของตัวเองไปเผยแพร่ให้กับชาวบ้านได้รู้ว่าเป็นอย่างไรมีความสุขและความรู้มากเลยคะที่จะเอาความสามารถของตัวเองไปเผยแพร่ให้กับชาวบ้านได้รู้ว่าเป็นอย่างไรทำอย่างไรทำยังไงขอบคุณคะ
แอบเหนื่อยนิด แต่ก็แอบสนุก แต่ค่อนข้างยากเพราะอีกฝ่ายเป็นผู้ใหญ่
รู้สึกได้พบปะผู้คนมากขึ้นนอกจากเรียนในห้องครับ
สนุกมากคะ อยากให้จัดกิจกรรมอีก

สรุปตัวชี้วัด ค่าเป้าหมายกับผลการดำเนินงาน

ประเมินผลผลิต (Output)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
1.จำนวนหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนา	4 หมู่บ้าน	5 หมู่บ้าน หมู่ 2 บ้านคิ่งตะเกา หมู่ 5 บ้านหัวหาด หมู่ 6 บ้านหาดเสือเต้น หมู่ 8 บ้านหาดเสือเต้น หมู่ 3 บ้านป่าขนุน
2.จำนวนเครือข่ายร่วมพัฒนา	14 เครือข่าย 1.เทศบาลตำบลคิ่งตะเกา 2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลคิ่งตะเกา 3.ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 5.ชมรมผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ 6.โรงเรียนผู้สูงอายุคิ่งตะเกา 7.ชมรมผู้สูงอายุตำบลคิ่งตะเกา 8.วัดคิ่งตะเกา 9.โรงพยาบาลอุดรดิตถ์และศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (อต.3) 10.ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 11.คณะพยาบาลศาสตร์ 12.คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 13.คณะวิทยาการจัดการ 14.โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก	18 เครือข่าย 1.เทศบาลตำบลคิ่งตะเกา 2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลคิ่งตะเกา 3.ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 5.ชมรมผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ 6.โรงเรียนผู้สูงอายุคิ่งตะเกา 7.ชมรมผู้สูงอายุตำบลคิ่งตะเกา 8.วัดคิ่งตะเกา 9.โรงพยาบาลอุดรดิตถ์และศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (อต.3) 10.ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 11.คณะพยาบาลศาสตร์ 12.คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 13.คณะวิทยาการจัดการ 14.โรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก 15.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ 16.วิสาหกิจชุมชนเกษตรทฤษฎีใหม่หัวใจพอเพียง 17. โรงพยาบาลพิษณุเวช 18. เกษตรจังหวัด
3.จำนวนภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ได้รับการส่งเสริม/ยกระดับ	3 ภูมิปัญญาท้องถิ่น ดังนี้ 1.นวัตกรรม น้ำยาล้างจานสมุนไพร	5 ภูมิปัญญาท้องถิ่นสมุนไพร ดังนี้ 1.นวัตกรรม น้ำยาล้างจานสมุนไพร

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	2.นวัตกรรม นวัตกรรมทำความสะอาดพื้นจากสมุนไพร 3.นวัตกรรม น้ำมันนวดสมุนไพรว่านมาเหลียง	2.นวัตกรรม นวัตกรรมทำความสะอาดพื้นจากสมุนไพร 3.นวัตกรรม น้ำมันนวดสมุนไพรว่านมาเหลียง 4.นวัตกรรมน่ายาซักผ้าจากสมุนไพร 5.น่ายาปรับผ้านุ่มจากสมุนไพร
4.จำนวนนวัตกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่น	4 นวัตกรรม ดังนี้ 1.นวัตกรรม น่ายาล้างจานสมุนไพร 2.นวัตกรรม น่ายาทำความสะอาดพื้นจากสมุนไพร 3.นวัตกรรม น้ำมันนวดสมุนไพรว่านมาเหลียง 4.นวัตกรรม แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Elderly Care Practice)	6 นวัตกรรม ดังนี้ 1.นวัตกรรม น่ายาล้างจานสมุนไพร 2.นวัตกรรม น่ายาทำความสะอาดพื้นจากสมุนไพร 3.นวัตกรรม น้ำมันนวดสมุนไพรว่านมาเหลียง 4.นวัตกรรมน่ายาซักผ้าจากสมุนไพร 5.น่ายาปรับผ้านุ่มจากสมุนไพร 6.นวัตกรรม แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Elderly Care)
5.จำนวนชุดข้อมูลสุขภาพ	จำนวน 3 ชุด 1. ชุดข้อมูลสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ (Local Wisdom Digital Learning Set) 2. ชุดข้อมูลการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment: CGA) 3. ชุดข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง	จำนวน 4 ชุด และ 1 หลักสูตร 1. ชุดข้อมูลสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ (Local Wisdom Digital Learning Set) 2. ชุดข้อมูลการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment: CGA) 3. ชุดข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง 4. ชุดข้อมูลการผลิตผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดครัวเรือนด้วยสมุนไพร จำนวน 4 ผลิตภัณฑ์ 5. หลักสูตรการเสริมสร้างรายได้สำหรับผู้สูงอายุ
6.ผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางในพื้นที่สามารถเข้าถึงการจัดการบริการสาธารณสุขได้	จำนวน 150 คน	ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่หมู่ 2,5,6, และ 8 1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินสุขภาพจำนวน 300 คน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		2. ผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดีได้รับการส่งเสริมสุขภาพและรายได้ จำนวน 30 คน 3. ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางได้รับฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันสุขภาพเสื่อมถอย จำนวน 30 คน
7.จำนวนหมู่บ้านชุมชนที่มีดัชนีวัดความสุขมวลรวม GVH เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ร้อยละ 5	4 หมู่บ้าน คือ หมู่ 2,5,6, และ 8	1. 4 หมู่บ้าน คือ หมู่ 2,5,6, และ 8 ได้รับการประเมินความสุขมวลรวมจำนวน 266 คน โดยมีมีความสุขมวลรวมอยู่ในระดับมาก ($X = 3.93$, $S.D. = .77$)
8.พื้นที่ต้นแบบการเรียนรู้สุขภาวะชุมชน	4 พื้นที่	5 พื้นที่ต้นแบบการทำสมุนไพรและจัดตั้งวิสาหกิจชุมชน 4 แห่ง คือ หมู่ 2, 5, 6, 8 และ หมู่ 3 พื้นที่ต้นแบบพิสัยการดำเนินงานวิสาหกิจชุมชน
9.ประเด็นสำคัญทางสังคมได้รับการออกแบบทางวิชาการเพื่อแก้ปัญหา	1.ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพร่างกาย โภชนาการที่ดี 2.ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 3.ผู้สูงอายุมีรายได้เสริม	1.ผู้สูงอายุ 1.1 ผู้สูงอายุ 300 คนได้รับการประเมินสุขภาพและให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ 1.2 ผู้สูงอายุ 60 คนที่มีสุขภาพที่ดีได้เข้าร่วมโครงการเรียนรู้ด้านดิจิทัล การส่งเสริมสุขภาพ การเข้าสังคม และสร้างรายได้เสริม 1.3 ผู้สูงอายุ 30 คน ที่มีภาวะเปราะบางได้เข้าถึงบริการและได้รับการประเมิน วางแผนและดูแลแบบบูรณาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 1.4 เกิดวิสาหกิจชุมชน จำนวน 2 หมู่บ้าน
10.รูปธรรมการพัฒนาตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (SDG) ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)	SDG3 :สุขภาพและความปลอดภัย SDG 4: การศึกษาที่มีคุณภาพ SDG 8: การทำงานที่มีคุณค่า SDG 10: ลดความเหลื่อมล้ำ	กิจกรรมตอบสนอง SDG3 :สุขภาพและความปลอดภัยที่ดี มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ และจัดการให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในโปรแกรมที่เหมาะสม

ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	SDG 11: เมืองและชุมชน ยั่งยืน	SDG 4: การศึกษาที่มีคุณภาพ ผู้สูงอายุเข้าร่วมเรียนรู้หลักสูตร เสริมสร้างรายได้และสุขภาวะด้วย นวัตกรรมสมุนไพรและภูมิปัญญา ท้องถิ่น SDG 8: การทำงานที่มีคุณค่า ผู้สูงอายุสร้างคุณค่าจากการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภูมิปัญญาสมุนไพร และมีรายได้จากการขายวัตถุดิบ สมุนไพรและการร่วมทำผลิตภัณฑ์ สมุนไพร SDG 10: ลดความเหลื่อมล้ำ ผู้สูงอายุได้รับการโอกาสในการ เข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าร่วม สังคม และการสร้างรายได้ SDG 11: เมืองและชุมชนยั่งยืน ชุมชนมีโอกาสในการจัดตั้งวิสาหกิจ ชุมชนต้นแบบโดยมีผู้สูงอายุเป็น สมาชิกและช่วยขับเคลื่อน

ผลลัพธ์ (Outcome)

1. ความสุขมวลรวมของครัวเรือนผู้เข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง มีสุขภาพร่างกาย จิตใจ สติสัมถะดี มีรายได้และคุณค่าทางสังคม
2. เกิดรูปแบบการบูรณาการนวัตกรรมสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สามารถขยายผลได้ดังนี้
 - 2.1 นวัตกรรมส่งเสริมความฉลาดรู้ด้านดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาวะองค์กรรวมของผู้สูงอายุ
 - 2.2 นวัตกรรมส่งเสริมพลังวิสาหกิจชุมชนด้วยนวัตกรรมสังคมในการสร้างมูลค่าเพิ่มผลิตภัณฑ์ภูมิปัญญาสมุนไพรและเศรษฐกิจฐานรากที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุ
 - 2.3 นวัตกรรมบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมสุขภาวะด้านโภชนาการผู้สูงอายุ
 - 2.4 พัฒนานวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุตำบลคั้งตะเกา
3. เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษา สถานบริการสุขภาพ และชุมชน เกิดการเรียนรู้ร่วมกันทางการ ในการนำทรัพยากรในชุมชน โดยเฉพาะทรัพยากรที่มีศักยภาพทั้งระดับผู้นำองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน วิสาหกิจชุมชน ปรชาญ์ชาวบ้าน และประชาชนทั้งในระดับมีแกนนำ อสม. ผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง มีพืช สมุนไพรที่สามารถใช้เป็นกลไกในการส่งเสริมสุขภาวะและความเป็นอยู่ของ

ผู้สูงอายุและชุมชน ด้านสุขภาพ ด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในชุมชนคังตะเกามีวิสาหกิจชุมชนที่ได้รับการยอมรับและสามารถยกระดับเป็นต้นแบบและเป็นพี่เลี้ยง ในการจัดตั้งวิสาหกิจชุมชนให้กับกลุ่มผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านได้ คือ วิสาหกิจทฤษฎีใหม่หัวใจพอเพียง ซึ่งโครงการนี้ได้เสริมพลังอำนาจและพัฒนาศักยภาพสมาชิกในชุมชนในการเป็นพี่เลี้ยง และเป็นวิทยากรพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรและการจัดตั้งวิสาหกิจชุมชนของทั้ง 2 หมู่บ้าน

ตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact Indicators)

1.ด้านการศึกษา โครงการเชื่อมโยงกับ โรงเรียนผู้สูงอายุคังตะเกา” ซึ่งเป็นการจัดการศึกษาตลอดชีวิต ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และเทคโนโลยีดิจิทัล สร้างพื้นที่การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาต่อยอดสู่มหาวิทยาลัยที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Aging Friend university) และลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาในวัยสูงอายุ และบูรณาการกับการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาคณะวิทยาการจัดการ และสาขาสาธารณสุขศาสตร์

2.ด้านสังคม ชุมชนมีอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เป็นรูปธรรม ชุมชนและบุคคลในชุมชนได้มีส่วนร่วมกับเครือข่ายทั้งภายในและนอกชุมชนในการยกระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุและแนวปฏิบัติที่สามารถใช้ปรับปรุงบริการสาธารณสุขในพื้นที่

จากการเตรียมพี่เลี้ยง การเตรียมพี่เลี้ยงวิสาหกิจชุมชนในครั้งนี้ ส่งผลให้เกิด "ระบบพี่เลี้ยงเครือข่าย" (Peer Mentoring System) ที่หมู่บ้านต้นแบบ (หมู่ 3) ไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่สอน แต่ทำหน้าที่เป็น "เพื่อนคู่คิด" ที่ช่วยประคับประคองผู้สูงอายุในหมู่บ้านอื่น ให้สามารถก้าวข้ามขีดจำกัดทางกายและสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจไปพร้อมกัน ซึ่งเป็นรูปธรรมสำคัญของการพัฒนาตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยเป็นพี่เลี้ยงให้ผู้สูงอายุสามารถจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน จำนวน 2 หมู่บ้าน

3.เศรษฐกิจ นวัตกรรมพื้นบ้าน เช่น น้ำยาล้างจานสมุนไพร สามารถสร้างรายได้และต่อยอดเชิงเศรษฐกิจ สืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและสร้างมูลค่าเพิ่มแก่ชุมชน โดยมีจำนวน 2 หมู่บ้านจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน คือ หมู่ 2 บ้านปากกล้วย และหมู่ 6 บ้านหัวหาด



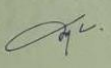
หนังสือสำคัญแสดงการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน

.....

หนังสือสำคัญฉบับนี้ให้ไว้แก่

วิสาหกิจชุมชนปากกล้วย หอมสุขใจ
รหัสทะเบียน 6-53-01-05/1-0037
 เลขที่ 56/2 หมู่ 2 ตำบลคู้้งตะเภา อำเภอเมืองอุดรดิตถ์
 จังหวัดอุดรดิตถ์ รหัสไปรษณีย์ 53000
 เบอร์โทรศัพท์ 0838703172

เพื่อเป็นหลักฐานว่าได้รับการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน
 ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548 เรียบร้อย
 จดทะเบียน ณ วันที่ 23 มีนาคม พุทธศักราช 2569
 ให้ไว้ ณ วันที่ 23 มีนาคม พุทธศักราช 2569



(นางสาวกิตติยา นวลหิน)
 วิชาการแทนเกษตรอำเภอ
 สำนักงานเกษตร อำเภอเมืองอุดรดิตถ์
 จังหวัดอุดรดิตถ์

หมายเหตุ

วิสาหกิจชุมชน และเครือข่าย ต้องแจ้งความประสงค์ที่จะดำเนินการต่อไปภายใน 30 วัน
 นับตั้งแต่วันขึ้นปีปฏิทินทุกปี หากไม่แจ้งเป็นเวลา 2 ปีติดต่อกัน อาจถูกถอนชื่อออกจากทะเบียน
 การเลิกกิจการ จักต้องแจ้งให้นายทะเบียนทราบภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ประสงค์จะเลิกกิจการ



หมู่ 2 บ้านปากกล้วย



หนังสือสำคัญแสดงการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน

.....

หนังสือสำคัญฉบับนี้ให้ไว้แก่

วิสาหกิจชุมชนกลุ่มเกษตรสูงวัยก้าวหน้าบ้านหัวหาด
รหัสทะเบียน 6-53-01-05/1-0036
 เลขที่ 6/3 หมู่ 5 ตำบลคิ่งตะเภา อำเภอเมืองอุดรดิต์
 จังหวัดอุดรดิต์ รหัสไปรษณีย์ 53000
 เบอร์โทรศัพท์ 0956255342 อีเมล khungtaphahealth@gmail.com

เพื่อเป็นหลักฐานว่าได้รับการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน
 ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. 2548 เรียบร้อย
 จดทะเบียน ณ วันที่ 24 มิถุนายน พุทธศักราช 2567
 ให้ไว้ ณ วันที่ 24 มิถุนายน พุทธศักราช 2567



(นางปัทมา เพ็ชรสุวรรณ)
 เกษตรอำเภอ
 สำนักงานเกษตร อำเภอเมืองอุดรดิต์
 จังหวัดอุดรดิต์

หมายเหตุ

1. วิสาหกิจชุมชน และเครือข่าย ต้องแจ้งความประสงค์ที่จะดำเนินการต่อไปภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันสิ้นปีปฏิทินทุกปี หากไม่แจ้งเป็นเวลา 2 ปีติดต่อกัน อาจถูกถอนชื่อออกจากทะเบียน
2. การเลิกกิจการ จะต้องแจ้งให้นายทะเบียนทราบภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ประสงค์จะเลิกกิจการ



หมู่ 6 บ้านหัวหาด

4. ด้านสิ่งแวดล้อมการจัดการทรัพยากรพื้นถิ่น ส่งเสริมระบบนิเวศชุมชนที่เป็นมิตรกับ
ผู้สูงอายุ (Age-friendly Community) ใช้ทรัพยากรท้องถิ่น สมุนไพรและภูมิปัญญาชุมชนเพื่อสร้าง
สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและความยั่งยืน

ภาคผนวก
กำหนดการ
โครงการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการบนพื้นฐานนวัตกรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นตำบล
คิ่งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
สถานที่: ณ ศาลาอเนกประสงค์ประจำหมู่บ้าน คิ่งตะเกา และการลงเยี่ยมบ้าน ในพื้นที่เป้าหมาย

กิจกรรมที่ 7 ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

- 08.30 – 09.00 น. คณะทำงานและผู้ประสานงานในชุมชนลงทะเลเบียน
- 09.00-09.45 น. กล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายเครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูล สุขภาวะและความสุขมวลรวม เป้าหมายการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 2,4,6 และ 8 หมู่บ้านละ 50 ชุด
- 09.45- 10.10 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.00-12.00 น. ลงพื้นที่รวบรวมข้อมูล
- 12.00-13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-15.00 น. รวบรวมข้อมูล (ต่อ)
- 15.00-16.00 น. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลและสรุปงาน

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย
(WHOQOL – BREF – THAI)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จังหวัด.....

อำเภอ..... ตำบล.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

อายุ ปี

การศึกษา ☐ 1.ไม่ได้เรียน ☐ 2.ประถมศึกษา ☐ 3.มัธยมต้น
☐ 4.มัธยมปลาย/ปวช. ☐ 5.อนุปริญญา/ปวส. ☐ 6.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

อาชีพ ☐ 1.ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 2.พนักงานเอกชน ☐ 3.ธุรกิจส่วนตัว
☐ 4.เกษตรกร ☐ 5.รับจ้างทั่วไป ☐ 6.นักเรียน/

นักศึกษา ☐ 7.ว่างงาน ☐ 8.อื่นๆโปรดระบุ.....

รายได้ บาท/ปี

เงินออม ☐ 1.มี ☐ 2.ไม่มี

จำนวนสมาชิกในครอบครัวคน

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
ผ ' า น ม า
ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำ
เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี
5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึก แย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือ รู้สึกว่สมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปปรับการรักษาพยาบาล มากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจาก เพื่อน ๆ แค่นั้น					

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
15	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

การให้คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อคือข้อ 2, 9, และ 11

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 2, 9, และ 11)

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้				กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวกแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้			
ตอบ	ไม่เลยให้	5	คะแนน	ตอบ	ไม่เลยให้	1	คะแนน
ตอบ	เล็กน้อยให้	4	คะแนน	ตอบ	เล็กน้อยให้	2	คะแนน
ตอบ	ปานกลางให้	3	คะแนน	ตอบ	ปานกลางให้	3	คะแนน
ตอบ	มากให้	2	คะแนน	ตอบ	มากให้	4	คะแนน
ตอบ	มากที่สุดให้	1	คะแนน	ตอบ	มากที่สุดให้	5	คะแนน

การแปลผลโดยรวม

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การแปลผลรายองค์ประกอบ

องค์ประกอบด้านสุขภาพกายได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24

องค์ประกอบด้านจิตใจได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคมได้แก่ ข้อ 13,14,25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

แบบวัดความสุขมวลรวมของหมู่บ้าน/ชุมชน
(Gross Village Happiness : GVH)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม
คำชี้แจง จงใส่เครื่องหมาย ☐ ลงในช่องที่เลือก

1.1 สถานะผู้ตอบแบบสอบถาม

☐ นายก/รองนายก องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล/สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

☐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

☐ กรรมการหมู่บ้าน

☐ ผู้นำกลุ่มอาชีพ/ประธานชุมชน

☐ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

☐ ตัวแทนครัวเรือน / ประชาชนทั่วไป

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 การประเมินความ “อยู่เย็น เป็นสุข” หรือความสุขมวลรวมของหมู่บ้าน/ชุมชน
(Gross Village Happiness : GVH)

รายการประเมินความ “อยู่เย็น เป็นสุข” หรือ ความสุขมวลรวมของหมู่บ้าน/ชุมชน (Gross Village Happiness : GVH)	น้อยที่สุด 1	น้อย 2	ปานกลาง 3	มาก 4	มากที่สุด 5
การมีสุขภาวะของหมู่บ้าน/ชุมชน					
1.1 มีความรู้ในการสร้างและรักษาสุขภาพ					
1.2 บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี					
1.3 บุคคลใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า					
2. เศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็ง เป็นธรรม ของหมู่บ้าน/ ชุมชน					
2.1 ครอบครัวมีความมั่นคงในอาชีพ					
2.2 ชุมชนมีการกระจายรายได้					
2.3 ชุมชนมีกิจกรรมสร้างความมั่นคงเศรษฐกิจฐาน ราก					
3. ครอบครัวอบอุ่น					
3.1 ครอบครัวรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน					
3.2 มีการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีคุณภาพ					
3.3 ครอบครัวมีการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ					
4. การบริหารจัดการชุมชนที่ดี					
4.1 ประชาชน กลุ่มองค์กร มีสัมพันธ์ที่ดี					

รายการประเมินความ “อยู่เย็น เป็นสุข” หรือ ความสุขมวลรวมของหมู่บ้าน/ชุมชน (Gross Village Happiness : GVH)	น้อยที่สุด 1	น้อย 2	ปาน กลาง 3	มาก 4	มาก ที่สุด 5
4.2 ชุมชนที่มีการจัดระบบบริหารจัดการชุมชน					
4.3 ชุมชน/ภาคีการพัฒนาเกื้อหนุนกัน					
4.4 ชุมชนมีการสื่อสาร และการเรียนรู้					
4.5 ชุมชนสามารถดำรงไว้ซึ่งคุณค่าของประเพณี วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น					
5. สภาพแวดล้อม มีระบบนิเวศน์ที่สมดุล					
5.1 ครอบครัว มีที่อยู่อาศัยมั่นคง					
5.2 ชุมชนมีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย					
5.3 ชุมชนมีสาธารณูปโภคที่พอเพียง					
5.4 ชุมชนมีทรัพยากรธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์					
6. เป็นชุมชนประชาธิปไตย มีธรรมาภิบาล					
6.1 บุคคลมีศักดิ์ศรี มีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียม					
6.2 บุคคลปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ กตัญญูประชาธิปไตย					
6.3 ชุมชนมีธรรมาภิบาล					
6.4 ชุมชน มีวิธีการแก้ปัญหาความขัดแย้ง มีการ สร้างความรัก ความเข้าใจ ความสามัคคีร่วมกันใน ชุมชน					
7. เป็นชุมชนแห่งความเอื้ออาทร					
7.1 ส่งเสริมระบบการเกื้อกูล คนทุกข์ยากในชุมชน					
7.2 ส่งเสริมความดี สร้างความดี					
7.3 ส่งเสริมจิตสำนึกรักษาดูแลสมบัติชุมชน					
7.4 ส่งเสริมสำนึกรัก รักดีสถาบัน					

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข

.....

.....

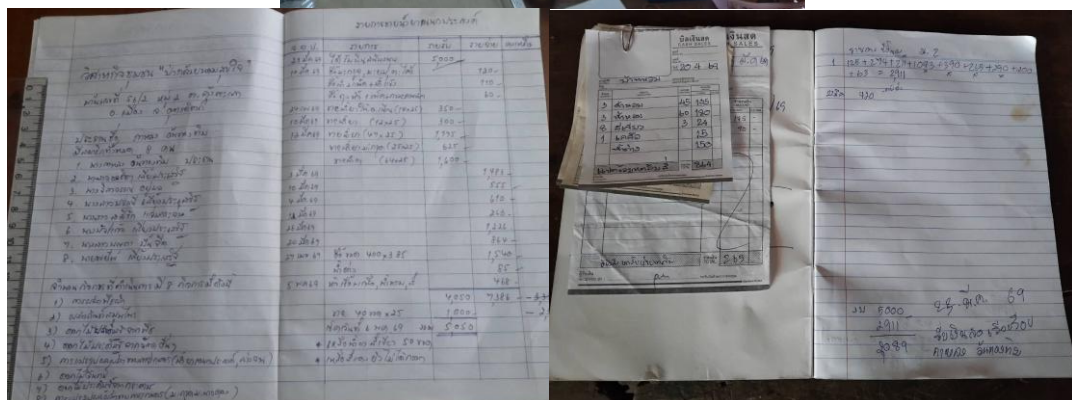
ภาพกิจกรรม







พี่เลี้ยงวิสาหกิจส่งต่อกระบวนการจัดตั้งวิสาหกิจชุมชนหมู่ 6



พี่เลี้ยงติดตามสอนทำบัญชี



หนู ครับ 🙏🙏



2:20 PM

Save | Save as... | Share | Send to Keep Memo



หนู ครับ 🙏🙏

เสียดันเอิร์บgo to ชลบุรี ครับ

2:21 PM



กาหลง



2:04 PM

Save | Save as... | Share | Send to Keep Memo



กาหลง

สมุนไพรมันหอมจ้ะ

2:05 PM



Jongrak Klinhom



6:12

Save | Save as... | Share | Send to Keep Memo



Jongrak Klinhom



4:21

Save | Save as... | Share | Send to Keep Memo



Jongrak Klinhom



7:45

20 1 20 1 20 1 20 1 20 1 20 1



Jongrak Klinhom



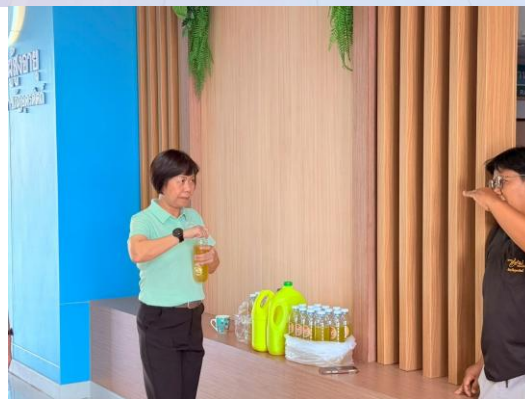
12

Save | Save as... | Share | Send to Keep Memo

พี่เลี้ยงพาขยายตลาด

กิจกรรมที่ 8
ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน





อ้างอิงกรอบมาตรฐาน

1. EU Commission. (2022). DigComp 3.0: The Digital Competence Framework for Citizens. Joint Research Centre.
2. ONDE/MDES. (2562). หลักสูตรการเข้าใจดิจิทัล (Digital Literacy) สำหรับพลเมืองไทย. สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
3. TPQI. (2566). มาตรฐานสมรรถนะด้านการใช้ดิจิทัล (Digital Literacy) 3 ระดับ. สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน).
4. Jantavongso, S. (2021). Toward global digital literate citizens: A case of Thailand's aging generation. *Electronic Journal of Information Systems in Developing Countries*.
5. Frontiers in Education. (2025). Validation of a scale based on the DigComp framework on internet navigation and cybersecurity in older adults.
6. MDPI Education Sciences. (2024). Digital Divides in Older People: Assessment of Digital Competencies.
7. ASEAN. (2023). ASEAN Digital Literacy Framework for Inclusive Growth.
8. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566–2580). กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของม
9. Amoah, P. A., & Reindorf, R. (2023). Social media news consumption and health literacy: A study of older adults. *Journal of Health Communication*, 28(5), 312-325. <https://doi.org/10.1080/10810730.2023.2201456>
10. Department of Special Investigation. (2567). รายงานสถานการณ์อาชญากรรมออนไลน์ในกลุ่มผู้สูงอายุประจำปี 2566. กระทรวงยุติธรรม.
11. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2023). *Situation of the Thai Elderly 2022*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
12. Hunsaker, A., & Hargittai, E. (2020). A review of Internet use among older adults. *New Media & Society*, 22(3), 393-414. <https://doi.org/10.1177/1461444819882146>
13. National Statistical Office. (2566). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2565. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
14. Ratana-Ubol, A. (2021). Promoting lifelong learning for the elderly in Thailand. *International Journal of Lifelong Education*, 40(5-6), 503-516. <https://doi.org/10.1080/02601370.2021.1993432>
15. Saks, K., & Soobik, P. (2020). The importance of digital literacy for the quality of life of the elderly. *International Journal of Ageing and Later Life*, 14(1), 35-58.
16. Vaportzis, E., Clausen, M. G., & Gow, A. J. (2017). Older adults perceptions of technology: Barriers and facilitators. *Frontiers in Psychology*, 8, 1387. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01387>

17. Wildenbos, G. A., Peute, L., & Jaspers, M. (2019). Aging barriers influencing mobile health usability for older adults: A literature based framework (MOLD-US). *International Journal of Medical Informatics*, 114, 66-75.

<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.03.012>

18. World Health Organization (WHO). (2021). *Global strategy and action plan on ageing and health*. WHO Press.