

แผนงาน Service Plan

สาขาผู้สูงอายุ

เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๒

แผนพัฒนาคุณภาพระบบบริการและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ปี 2562

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหกล้ม /สมองเสื่อม มีการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไข ป้องกันปัจจัยเสี่ยงหกล้มและสมองเสื่อม ร้อยละ 30 2.กลุ่มเสี่ยงหกล้มที่ไม่ได้ขึ้นได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุและหรือมี ทีมสหวิชาชีพจาก รพช./รพพ./รพศ. ออกดูแลในชุมชนร้อยละ 100 3.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 4.คลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ประเมินของกรมการแพทย์ รพช./รพพ. ทุกแห่ง / รพช. อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง
สถานการณ์/ ข้อมูล พื้นฐาน	ผลการดำเนินงานการคัดกรองผู้สูงอายุสุขภาพที่ 8 การคัดกรอง ADL ปี 2560 – 2561 78.81 % , 79.53 % พบเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม 4.1 % , 1.54 % พบเสี่ยงหกล้ม 4.1 % , 3.63 % ตำบลที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน LTC 68 % คลินิกผู้สูงอายุในรพม มี 74.71 % ผ่านเกณฑ์ประเมินตนเอง ของกรมการแพทย์ 81.53 % ผ่านการประเมินของกรมการแพทย์ 1.53%
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	1. ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมและหกล้มได้รับการดูแล 2. มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 3. พัฒนากาบริการคลินิกผู้สูงอายุที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
กิจกรรมหลัก	<u>จังหวัด / รพพ /รพศ.</u> 1. มีคลินิกผู้สูงอายุทุก แห่งและจัดดำเนินการตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ ในรพพ ./รพศ. อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง <u>อำเภอ/รพช.</u> 1.คลินิกผู้สูงอายุได้มาตรฐานๆ อย่างน้อย จังหวัดละ 1แห่ง 2.คลินิกผู้สูงอายุในระดับรพช.รับส่งต่อผู้สูงอายุที่คัดกรองผิดปกติต่อจากรพ.สต.ดังนี้ MMSE , Fall Risk พร้อมแก้ไขปัญา ตาม Flow Chart การจัดการความเสี่ยง สุขภาพผู้สูงอายุระดับ ทติยภูมิ (ไม่ผ่าน ส่งพบ อายุรแพทย์ , ผ่านให้ ทดสอบ MoCA ถ้า MoCA ผิดปกติ วัดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองโดยผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมโปรแกรม MCI เพื่อจัดโปรแกรม MCI ในรายที่ ผิดปกติ) โดยผู้ดูแลหลัก จริงๆ มีส่วนร่วม

	3.ผู้สูงอายุที่มี ความผิดปกติที่ได้รับการดูแลตามแนวทางส่งต่อไประดับตติยภูมิ 4.ให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป > ร้อยละ 60 ตำบล /รพ.สต 1.ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุตามแบบประเมินการแพทย์ 3 ด้านคือ คัดกรอง BADL คัดกรองกลุ่มโรคที่พบบ่อย คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndrome 2.ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ประเมินด้วยแบบประเมินข้อเข่าเสื่อม 2 และ 5 ข้อผิดปกติส่งต่อ 3.ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คัดกรอง IADL 9 ตามคำถาม 3 คำถาม (บ้าน แมว สีเขียว) พร้อมทดสอบวาดภาพ นาฬิกา 4.จัดบริการแก้ไข้ปัญหา และจัดการความเสี่ยงตามแนวทางการดูแลระดับปฐม (Flow chart ป้องกันหกล้ม สมองเสื่อม สุขภาพผู้สูงอายุระดับ ปฐมภูมิ 5.กลุ่มเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไข้ปัญหาได้ ส่งต่อระดับ รพช. ชุมชน ร่วมกับ รพ.สต 1. การคัดกรองที่จำเป็น สำหรับการเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้ ADL, 2Q, คัดกรองสมองถาม 3 คำถาม (รถ เสือ เก้าอี้) คัดกรองสายตาทดสอบ 3 นิ้ว ระยะ 6 เมตร เข้าเสื่อม(ปวดเข่า มี เสี่ยงที่เข่า),TUGT(ในรายที่เดินได้),BMI,ฟัน 4 คู่สับ,ปัญหาการกลืน, สิ่งแวดล้อมและผู้ดูแลหลัก 2.มีชมรมผู้สูงอายุที่มี คุณภาพ 1 ชมรม/ ตำบล 3.มีกิจกรรมส่งเสริมความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อและการทรงตัว,กิจกรรมพัฒนาทักษะการสื่อสาร-ชาว,ตาราง9ช่อง ในชมรมผู้สูงอายุ/ โรงเรียนผู้สูงอายุ 4. ส่งเสริม/สนับสนุนการ จัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตร ปกป้องภัยสำหรับผู้สูงอายุทั้งที่ อยู่อาศัย และในชุมชน			
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 1.ผู้บริหารทุกระดับรับทราบ นโยบายและแนวทางการ ดำเนินงาน 2.การคัดกรอง โรคที่พบบ่อยใน ผู้สูงอายุ(GS) 95 %	ไตรมาสที่ 2 1.อบรมฟื้นฟูทักษะจำเป็นที่ยังขาดแก่บุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน 2.รพช./รพท./รพศ. ให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ อย่างน้อยสัปดาห์ละ1 ครั้ง /สัปดาห์ 3. นำกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมและหกล้ม	ไตรมาสที่ 3 1.ติดตามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ รพช. ประเมินโดย จังหวัดและ คณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการ ผู้สูงอายุระดับจังหวัด ออกประเมินชมรม ผู้สูงอายุและคลินิก ตามมาตรฐานการ	ไตรมาสที่ 4 1.คลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ประเมินของ กรรมการแพทย์ รพท. ทุกแห่ง / รพช. อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง 2.ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ภาวะสมองเสื่อม และ หกล้ม ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

	3.บันทึกข้อมูลการคัดกรองในโปรแกรมHCIS /HOSXP 4.สนับสนุนการมีจับเคลื่อนการมีส่วนร่วมโดย ชุมชน , พชอ. 5.ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ 50 %	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย 30% 4.กำกับติดตามข้อมูลในโปรแกรมHDC 5.ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ 55 %	แพทย์ รพท./รพศ. ประเมินโดย คณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการผู้สูงอายุระดับเขต ร่วมกับกรมการแพทย์ ออกประเมินชมรมผู้สูงอายุ ตามมาตรฐาน กรมการแพทย์) 2. กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมและกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ขึ้นได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ และหรือมีทีมสหวิชาชีพจากรพท./รพท./รพศ.ออกดูแลในชุมชน 3.ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ 60 %	สุขภาพร้อยละ 30 กลุ่มเสี่ยงหลักที่ไม่ได้ขึ้นได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุและหรือมีทีมสหวิชาชีพ จากรพท./รพท./รพศ. ออกดูแลในชุมชน ร้อยละ 100 3.ตำบลLTC ผ่านเกณฑ์ 70 %
--	--	---	--	---

แผนพัฒนาคุณภาพระบบบริการและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ปี 2562

ระยะดำเนินการ		2562				
เป้าหมาย (Goal)		ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี				
ตัวชี้วัด (KPI)		1. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหกล้ม และสมองเสื่อม มีการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไข ป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านหกล้ม และสมองเสื่อม ร้อยละ 30 2. กลุ่มเสี่ยงหกล้มที่ไม่ดีขึ้นได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุและหรือมีทีมสหวิชาชีพจากพร./รพท./รพศ.ออกดูแลในชุมชนร้อยละ 100 3. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 4. คลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ประเมินของกรมการแพทย์ รพท. ทุกแห่ง / รพท. อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง				
	ข้อมูลสถานการณ์	ผลการดำเนินงานการคัดกรองผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 การคัดกรอง ADL ปี 2560 – 2561 78.81 % , 79.53 % พบเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม 4.1 % , 1.54 % พบเสี่ยงหกล้ม 4.1 % , 3.63 % ตำบลที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน LTC 68 % คลินิกผู้สูงอายุในรพท.มี 74.71 % ผ่านเกณฑ์ประเมินตนเองและของกรมการแพทย์ 81.53 % ผ่านการประเมินจากกรมการแพทย์ 1.53 %				
มาตรการ (7 Building Blocks)		7 Building Blocks				
ชุมชน ร่วมกับ รพ.สต		1.กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service delivery)	2.การพัฒนาบุคลากร (Health Work Force)	3.ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)	4. ยา เวชภัณฑ์ และ อุปกรณ์ต่างๆ(Drug & Equipments)	5. งบประมาณในการดำเนินการ (Financing)
		1. การคัดกรองที่จำเป็น สำหรับ การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้ ADL, 2Q, คัดกรองสมองถาม 3 คำ (รณ เสือ เก้าอี้) , คัดกรองสายตาทดสอบ 3 นิ้ว ระยะ 6 เมตร เข้าเสื่อม(ปวดเข้า มีเสียงที่เข้า),TUGT ภาวะหกล้ม (ใน รายที่เดินได้), BMI, ฟัน 4 คู่ สบ,ปัญหาการกลืน, สิ่งแวดล้อม	1. ผู้รับผิดชอบงาน ผู้สูงอายุ รพ. สต. ละ 1 คน (Ag/CW/NCD/นวก/ จพ.) ดูแลการปฏิบัติงาน จัดอบรมและฟื้นฟูความรู้ ให้ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุชุมชน (อสม/อผส/อสค/CG,	- ทะเบียน ผู้สูงอายุ ปกติ / เสีย /โรค และการดูแล	1.แบบคัดกรองภาวะ สุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชน ฉบับ ปรับปรุง ปี 2561 และ สมุดบันทึก สุขภาพ ผู้สูงอายุ 2.คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ	-งบ PP รพ.สต. (คัด กรองสุขภาพ) - งบ PP กองทุน สุขภาพท้องถิ่น -งบสนับสนุนจาก สปสช.ในโครงการ สร้างเสริมสุขภาพใน กลุ่มผู้สูงอายุ
7. การมีส่วนร่วม (Participate)		1.คณะกรรมการ พัฒนา ระบบบริการ ผู้สูงอายุระดับ ตำบลร่วมพัฒนา ชมรมผู้สูงอายุได้ ตามเกณฑ์ มาตรฐาน				

7 Building Blocks						
มาตรการ (7 Building Blocks)	1.กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service delivery)	2.การพัฒนา บุคลากร(Health Work Force)	3.ระบบข้อมูล สารสนเทศ (IT)	4. ยา เวชภัณฑ์ และ อุปกรณ์ต่างๆ (Drug & Equipments)	5. งบประมาณ ในการดำเนินการ (Financing)	6. นโยบาย/กล ยุทธ์หลักในการ ดำเนินการ (Governance & Leadership)
	2.มีผู้ดูแลหลัก 3.มีชมรมผู้สูงอายุที่มี คุณภาพ 1 ชมรม/ตำบล 4.มีกิจกรรมส่งเสริม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว 5.มีกิจกรรมฝึกสมองสลับสมอง ชาย-ชวาว ตาราง 9 ช่องในชมรมผู้สูงอายุ 6. ส่งเสริม/สนับสนุนการจัดสิ่งแวดลอมที่เป็นมิตร ปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุทั้งที่อาศัย และในชุมชน					

7 Building Blocks						
มาตรการ (7 Building Blocks)	1.กิจกรรมที่จะให้บริการ(Service delivery)	2.การพัฒนาบุคลากร (Health Work Force)	3.ระบบข้อมูล สารสนเทศ (IT)	4.ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ กรณี่ต่างๆ (Drug & Equipments)	5. งบประมาณในการ การดำเนินการ (Financing)	6. นโยบาย/กลยุทธ์ หลักในการดำเนินการ (Governance & Leadership)
รพ.สต	1.จัดบริการคัดกรองผู้สูงอายุที่รับส่งต่อจาก ชุมชนทุกระดับดังนี้ เพิ่มเติม IADL. และ ประเมินเข้าเสื่อม(กลุ่มปวดเข่าถามเพิ่ม 5 ข้อ) , ถาม 3 คำถาม (บ้าน แมว สีเขียว) พร้อมทดสอบวาดภาพ นาฬิกา 2.จัดบริการแก้ไข้ปัญหา ตาม Flow Chart การจัดการความเสี่ยง สุขภาพผู้สูงอายุระดับ ปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 8 (โดยผู้ดูแลหลัก จริงๆ มีส่วนร่วม) 3. ส่งต่อผู้สูงอายุที่มี ความผิดปกติที่ได้รับ บริการระดับทุติยภูมิ	1. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ รพ.สต. ละ 1 คน (Ag/CW/NCD/COC/นว/ จพ.)	-โปรแกรมบันทึก สุขภาพ - 43 แฟ้ม - HDC - LTC	1. แบบประเมิน Comprehensive geriatric assessment (แบบประเมินภาวะ สุขภาพผู้สูงอายุอย่าง ครอบคลุม) 2. Flow chart การคัด กรอง/ประเมินความเสี่ยง ต่อการหกล้ม 3. Flow chart ประเมิน Mild Cognitive Impairment : MCI 4. ยาออกเข้า แผนไทย	-งบ PP รพ.สต. (ตัด ครองสุขภาพ) - งบ PP กองทุน สุขภาพท้องถิ่น -งบสนับสนุนจาก สปสช.โนโครงสร้าง สร้างเสริมสุขภาพใน กลุ่มผู้สูงอายุ	1.คณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการผู้สูงอายุ ระดับ ตำบล 2. บุรณาการร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับ ตำบล 3. คณะกรรมการ กองทุน สุขภาพท้องถิ่น (อบต./ เทศบาล)
						7. การมีส่วนร่วม (Participate)
						1.รพ.สต. ดำ เนิน กิจกรรมทุก กิจกรรมร่วมกับ ภาคีเครือข่ายและ คณะกรรมการ พัฒนา ระบบ บริการผู้สูงอายุ ระดับ ตำบล

7 Building Blocks						
มาตรการ (7 Building Blocks)	1.กิจกรรมที่จะให้บริการ(Service delivery)	2.การพัฒนาบุคลากร (Health Work Force)	3.ระบบข้อมูล สารสนเทศ (IT)	4.ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drug & Equipments)	5. งบประมาณในการ การดำเนินการ (Financing)	6. นโยบาย/กล ยุทธ์หลักในการ ดำเนินการ (Governance & Leadership)
7. การมีส่วนร่วม (Participate)						
รพช.	1.คลินิกผู้สูงอายุได้มาตรฐานฯ อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง 2.จัดบริการคัดกรอง ระดับทุติยภูมิ แก่ ผู้สูงอายุ ผิดปกติที่รับส่ง ต่อจาก รพ.สต.ทุกราย ดังนี้ MMSE , Fall Risk พร้อมแก้ไขปัญหา ตาม Flow Chart การจัดการความเสี่ยง สุขภาพ ผู้สูงอายุระดับ ทุติยภูมิ (ไม่ ผ่าน ส่งพบ อายุรแพทย์ , ผ่านให้ ทดสอบ MoCA เพื่อ จัดโปรแกรม MCI ในรายที่ ผิดปกติ) โดยผู้ดูแลหลักจริงๆ มีส่วนร่วม 3. ส่งต่อผู้สูงอายุที่มี ความผิดปกติให้ได้รับ บริการระดับตติยภูมิ 4. ให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ≥ ร้อยละ 60 (กรมควบคุมโรคจัดสรรให้ ร้อยละ 26)	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ทั่วไป / พยาบาล ผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ / นักกายภาพบำบัด /นักการแพทย์แผนไทย /ทันตแพทย์หรือ ทันตภิบาล/ เภสัชกร/ นักโภชนาการ /นักจิตวิทยา /นักกิจกรรมบำบัด ใน รพช.ได้รับการพัฒนา ศักยภาพในการ ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ ได้มาตรฐานฯในรพช.และ การดูแลผู้สูงอายุ	- มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุใน รพช. -โปรแกรมบันทึกสุขภาพ - aging survey - 43 แฟ้ม - HDC - LTC -โปรแกรมยาที่เสี่ยง ต่อ dementia/ delirium (Anti - cholinergic drugs)	1-5. เหมือน รพ.สต. 6. อุปกรณ์วัดความ แข็งแรงของมือ Hand grip 7. ยาพอกเท้าแผนไทย	- งบ PP CUP - งบ เขต - งบกรมการแพทย์ - งบกรมแพทย พยาบาล และสหสาขา ด้าน Geriatric ambulatory care - งบจาก สป.สช. LTC - งบพัฒนา ศักยภาพระดับอำเภอ (พชอ.) - งบพัฒนาศักยภาพ ทีม บุคลากร	1.คณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการผู้สูงอายุระดับ อำเภอ (ผอ.รพ. หรือสสอ.. เป็นประธาน) 2. บูรณาการร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนา ระบบ บริการผู้สูงอายุระดับอำเภอ 2.ออกประเมิน ชมรมผู้สูงอายุและ คณินคผู้สูงอายุใน รพช.ตาม มาตรฐาน

มาตรการ (7 Building Blocks)	7 Building Blocks						7. การมีส่วนร่วม (Participate)
	1.กิจกรรมที่จะ ให้บริการ (Service delivery)	2.การพัฒนาบุคลากร (Health Work Force)	3.ระบบข้อมูล สารสนเทศ (IT)	4.ยา เวชภัณฑ์ และ อุปกรณ์ต่างๆ (Drug & Equipments)	5. งบประมาณในการ ดำเนินการ (Financing)	6. นโยบาย/กลยุทธ์ หลักในการ ดำเนินการ (Governance & Leadership)	
รพท.รพศ	1. มีคลินิก ผู้สูงอายุทุก แห่ง และจัดดำเนินการ ตามมาตรฐานของ กรมการแพทย์ ใน รพท./รพศ. อย่าง น้อย จังหวัดละ 1 แห่ง	แพทย์เชี่ยวชาญด้าน เวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวหรือ แพทย์ทั่วไป ผ่านการอบรม geriatric ambulatory care แพทย์เชี่ยวชาญสาขา ออร์โธปิดิกส์, สาขา อายุรศาสตร์ตื้นประสาท สมอง, จิตแพทย์, แพทย์ เวชศาสตร์ ฟื้นฟู พยาบาล APN ด้าน ผู้สูงอายุ หรือ พยาบาล ผ่านการอบรม ambulatory care in Geriatric clinic for nurse และสหสาขาที่เกี่ยวข้องในรพท./ รพ ศ.ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการ ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุได้ มาตรฐานในรพท./รพศ.และการ ดูแลผู้สูงอายุ	- มาตรฐานคลินิก ผู้สูงอายุใน รพท. / รพศ. -โปรแกรมบันทึก สุขภาพ - aging survey - 43 แฟ้ม - HDC - LTC - โปรแกรมยาที่เสี่ยง ต่อ dementia/delirium (Anti - cholinergic drugs)	1- 7 เหมือน รพท. 8. แบบประเมินความ เสี่ยง ต่อ Osteoporosis 9. Goniometer (เครื่องวัดมุมข้อ) 10. ยาพอกเข้า แผ่นไทย 11. อุปกรณ์ที่ใช้ในการ พัฒนาศักยภาพสมองโดย โปรแกรม TEAM - V 12. เครื่องวัดความ หนาแน่นของกระดูก Bone densitometer (BMD) เช่น DEXA scanner	- งบ PP CUP - งบ เขต - งบกรมการแพทย์ อบรมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาด้าน Geriatric ambulatory care - งบจาก สป.สช. LTC - งบลงทุนระดับ PCC/รพ./เขต สุขภาพ อุปกรณ์ Equipments ต่างๆ ใน การประเมิน สุขภาพ และการ วินิจฉัย - งบพัฒนาศักยภาพ ทีม บุคลากร	1. คณะกรรมการ พัฒนา ระบบบริการ ผู้สูงอายุระดับ จังหวัด 2. จัดทำ service plan ระดับจังหวัด 3. ให้บริการโดยยึด พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ ปี 2546 และแก้ไข เพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 4. ให้บริการโดย คำนึงสิทธิ ของผู้ป่วย ในวาระสุดท้ายของ ชีวิต พ.ร.บ. สุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2550 ม. 12 5. กำหนดสิ่ง อำนวยความสะดวก ในการการสา รับคน พิการและคนชรา พ.ศ. 2548	1. รพท. รพศ.ดำเนิน กิจกรรมทุกกิจกรรม ร่วมกับภาคีเครือข่าย และคณะกรรมการ พัฒนา ระบบบริการ ผู้สูงอายุระดับจังหวัด 2. คณะกรรมการ พัฒนา ระบบบริการ ผู้สูงอายุระดับเขต ออกประเมินชมรม ผู้สูงอายุและคลินิก ผู้สูงอายุในรพท. รพ ศ.ตามมาตรฐาน

ตัวชี้วัด	มีการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านหกล้มและสมองเสื่อมร้อยละ 30 กลุ่มเสี่ยงหกล้มที่ไม่ดีขึ้นได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุและหรือมีทีมสหวิชาชีพ จารพช./รพท./รพศ.ออกดูแลในชุมชน ร้อยละ 100																			
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ เพื่อมีข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นระบบติดตามได้ แม่นยำ ถูกต้องตามหลักวิชาการ 2.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟู ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ 3.เพื่อนำไปสู่ผลที่คาดหวัง คือช่วยลดภาระความหลากหลายและซ้ำซ้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (Elderly Health Expenditure) ของประเทศในอนาคต																			
คำนิยาม	สมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมถอยของความสามารถสมองไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกๆ จะทำให้ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ และเมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าๆ ที่เคยรู้หรือเคยทำได้ตามลำดับ ร่วมกับมีอาการอื่นๆ ที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ผู้ป่วยจะมีปัญหาในเรื่องการคิดคำนวณสมาธิการรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่มความเข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรมร่วมกับมีอาการพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป ภาวะหกล้ม (Fall) เหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลหลุดตัวลงกับพื้น หรือระดับที่ต่ำกว่าเดิมโดยไม่ตั้งใจ ทั้งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกาย แต่ไม่รวมการหกล้มอันเกิดจากแรงกระทำภายนอก หรือการหกล้มที่เกิดจากการเจ็บป่วย																			
เกณฑ์เป้าหมาย	ดำเนินการตามข้อ 1 – 5 ตามเกณฑ์ และองค์ประกอบต่อไปนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ข้อ</th><th>องค์ประกอบ</th><th>ปีงบประมาณ 62</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ดำเนินการครบทุกประเด็นและยอดคัดกรองสะสม</td><td>มีฐานข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 95</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ประเมินด้วย MMSE หลังจากการคัดกรอง AMT แล้วเสียง)</td><td>มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT)</td><td>มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม</td></tr> <tr> <td>4</td><td>การส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านหกล้มและสมองเสื่อม</td><td>30%</td></tr> <tr> <td>5</td><td>กลุ่มเสี่ยงหกล้มที่ไม่ดีขึ้นได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ และหรือมีทีมสหวิชาชีพ รพช./รพท./รพศ.ออกดูแล</td><td>ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>		ข้อ	องค์ประกอบ	ปีงบประมาณ 62	1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ดำเนินการครบทุกประเด็นและยอดคัดกรองสะสม	มีฐานข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ประเมินด้วย MMSE หลังจากการคัดกรอง AMT แล้วเสียง)	มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม	3	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT)	มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม	4	การส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านหกล้มและสมองเสื่อม	30%	5	กลุ่มเสี่ยงหกล้มที่ไม่ดีขึ้นได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ และหรือมีทีมสหวิชาชีพ รพช./รพท./รพศ.ออกดูแล	ร้อยละ 100
ข้อ	องค์ประกอบ	ปีงบประมาณ 62																		
1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ดำเนินการครบทุกประเด็นและยอดคัดกรองสะสม	มีฐานข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 95																		
2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ประเมินด้วย MMSE หลังจากการคัดกรอง AMT แล้วเสียง)	มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม																		
3	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT)	มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม																		
4	การส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านหกล้มและสมองเสื่อม	30%																		
5	กลุ่มเสี่ยงหกล้มที่ไม่ดีขึ้นได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ และหรือมีทีมสหวิชาชีพ รพช./รพท./รพศ.ออกดูแล	ร้อยละ 100																		

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้สูงอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป)
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	มีช่องทางการดำเนินการ หลากหลาย ดังนี้ ๑. บันทึกข้อมูลในระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ Aging health data ๒. ระบบการคีย์ผลรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม ๓. ระบบรายงาน Health data center report ๔. การจัดเก็บด้วยระบบ Manual ๕. รายงาน Dashboard ๖. อื่นๆ ตามด้วยศักยภาพและความจำเป็นของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงาน
รายการข้อมูล 1	A = เป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ /การดำเนินการตามเกณฑ์ ที่สำเร็จ
รายการข้อมูล 2	B = เป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ วัดด้วยระดับความสำเร็จ/การดำเนินการตามเกณฑ์ 5 ข้อ
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$A/B \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	ดูผลลัพธ์สุดท้ายในต้นไตรมาสที่ 4
เกณฑ์การ ประเมินผล	20% = 1 40% = 2 60 % = 3 80 % = 4 100 % = 5
วิธีการประเมินผล	-เขต/สสจ. ผลักดันและสร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย เพื่อแปลงสู่ การปฏิบัติในแต่ละระดับอย่างเหมาะสม -สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบข้อมูลสรุปรวม ผ่านฐานข้อมูลสรุปรวม ผ่านช่องทางระบบ ฐานข้อมูลของกระทรวง ได้แก่ 43 แฟ้ม, HDC -ติดตามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ (รพช.ประเมินโดย จังหวัดและคณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการ ผู้สูงอายุระดับเขต ออกประเมินชมรมผู้สูงอายุและคลินิก ตามมาตรฐานกรมการแพทย์ รพท./รพศ. ประเมินโดย คณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการผู้สูงอายุระดับเขต และกรมการแพทย์ ออก ประเมินชมรมผู้สูงอายุ ตามมาตรฐาน กรมการแพทย์)
Baseline ปี 2561	ผลการดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 การคัดกรอง ADL ปี 2560 – 2561 78.81%, 79.53% พบเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม 4.1%, 1.54% พบเสี่ยงหกล้ม 4.1%, 3.63%
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางภารดี สิทธิปกรณ์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โทร 042-311999 ต่อ 1119 นางนันทา เขตเจริญ สสจ.หนองบัวลำภู 042-312049-50ต่อ 126

ตัวชี้วัด	คลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ประเมินของกรมการแพทย์รพท./รพศ.ทุกแห่ง รพช.จังหวัดละ 1 แห่ง
วัตถุประสงค์	ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลจากสถานบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
คำนิยาม	มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในบริบทของสังคมไทย คือจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการพัฒนาการบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ปัจจุบันโรงพยาบาลภาครัฐมีจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก ผลการศึกษารายงานพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และจำนวนไม่น้อยที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค เช่นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการดูแลรักษาเป็นรายโรค (Disease Management) ไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุได้ครบทุกมิติ จึงต้องอาศัยการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาครบทุกมิติสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุฟื้นคืนสภาพได้รวดเร็วขึ้น ทำให้โรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและอัตราการครองเตียง คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจึงเป็นก้าวแรกของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลโดยเริ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก ถึงแม้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุจะมีปริมาณน้อย เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรและสถานที่ แต่ถือว่าจุดเริ่มต้นที่จะก้าวสู่การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลในอนาคต มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมาตรฐานกรมการแพทย์ประกอบดังนี้ <u>อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม</u> 1.มีคลินิกผู้สูงอายุ 2.มีสถานที่ชัดเจน เป็นสัดส่วน ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก 3.ความเหมาะสมของอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม 3.1มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/หน่วยบริการอย่างชัดเจน 3.2มีประตูและพื้นที่ห้องตรวจกว้างเพียงพอที่จะให้ผู้ที่นั่งรถเข็นเข้ารับบริการได้ 3.3มีราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ด้านหน้า รพ.จนถึงคลินิกผู้สูงอายุ 3.4มีทางลาดที่ได้มาตรฐานตั้งแต่ด้านหน้าโรงพยาบาลจนถึงคลินิกผู้สูงอายุ 3.5มีห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการ บริเวณใกล้ๆ คลินิกผู้สูงอายุ <u>บุคลากร</u> 4.มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำที่คลินิกผู้สูงอายุ 5.มีแพทย์ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ 6.มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมเป็นทีมปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ) 7.บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการอบรมด้านเวช

	ศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) <u>การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ</u> 8.ความถี่ของการเปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ 9.8คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน ADL, IADL 10.คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน GS ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหามาจากประวัติ/ตรวจเบื้องต้น 11.การรับส่งต่อภายในโรงพยาบาล 12.การดูแลต่อเนื่อง 13.มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 14.มีนวัตกรรมในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 15.มีการจัดการองค์ความรู้ (KM) 16.มีการวางแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุในอนาคต
เกณฑ์เป้าหมาย	รพช./รพท./รพศ. ที่เปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุทุกแห่ง
การดำเนินงาน	- รพช./รพท./รพศ.เปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุทุกแห่งและพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ โดยเริ่มที่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ - พัฒนาศักยภาพของบุคลากรหลักด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ได้แก่การบริการคัดกรอง ให้คำปรึกษา และตรวจรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ โดยเน้นประเด็นกลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ - รพช./รพท./รพศ. ขอรับการประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพโดย รพช.ประเมินโดย จังหวัดและคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุระดับจังหวัด ออกประเมินคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานกรมการแพทย์ รพท./รพศ. ประเมินโดยคณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการผู้สูงอายุระดับเขต ร่วมกับกรมการแพทย์ออกประเมินคลินิกตามมาตรฐาน กรมการแพทย์
กลุ่มเป้าหมาย	รพศ. /รพท. และ รพช.ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โปรแกรมบันทึกสุขภาพ 2. Aging survey 3. 43 แฟ้ม /HDC 4. โปรแกรมยาที่เสี่ยงต่อ Dementia/Delirium
การกำหนดช่วงคะแนน	1. รพท./รพศ.เกณฑ์ฯ 1 แห่ง และ รพช. ผ่านเกณฑ์ฯ 1 แห่ง = 1 2. รพท./รพศ.เกณฑ์ฯ 1 แห่ง และ รพช. ผ่านเกณฑ์ฯ 2 แห่ง = 2 3. รพท./รพศ.เกณฑ์ฯ 1 แห่ง และ รพช. ผ่านเกณฑ์ฯ 3 แห่ง = 3 4. รพท./รพศ.เกณฑ์ฯ 1 แห่ง และ รพช. ผ่านเกณฑ์ฯ 4 แห่ง = 4 5. รพท./รพศ.เกณฑ์ฯ 1 แห่ง และ รพช. ผ่านเกณฑ์ฯ 5 แห่งขึ้นไป = 5
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4 ของปีงบประมาณ 2562
Baseline ปี 2561	ผลการดำเนินงานการคัดกรองผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 คลินิกผู้สูงอายุในรพ.มี 74.71% ผ่าน

	เกณฑ์ประเมินตนเองและของกรมการแพทย์ 81.53%
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางภารดี สิทธิปกรณ์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โทร 042-311999 ต่อ 1119 นางนันทา เขตเจริญ สสจ.หนองบัวลำภู 042-312049-50ต่อ 126

ตัวชี้วัด	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ 2. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล
คำนิยาม	มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อดังนี้ 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) 7. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล หมายเหตุ ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ -ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ -มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรืออสม. เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 70 กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุกจังหวัด ทุกอำเภอทั่วประเทศ แหล่งข้อมูล 1 -พื้นที่/จังหวัด รายงานทาง E-Mail หรือส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยที่ 8 / ระบบรายงานโปรแกรม Long Term Care รายการข้อมูล1 ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เรื่องการคัดกรองสุขภาพ / HDC รายการข้อมูล2 -A คือตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ -B คือจำนวนตำบลทั้งหมด

$$\text{สูตรคำนวณ} \quad \frac{A}{B} \times 100$$

เกณฑ์การประเมิน

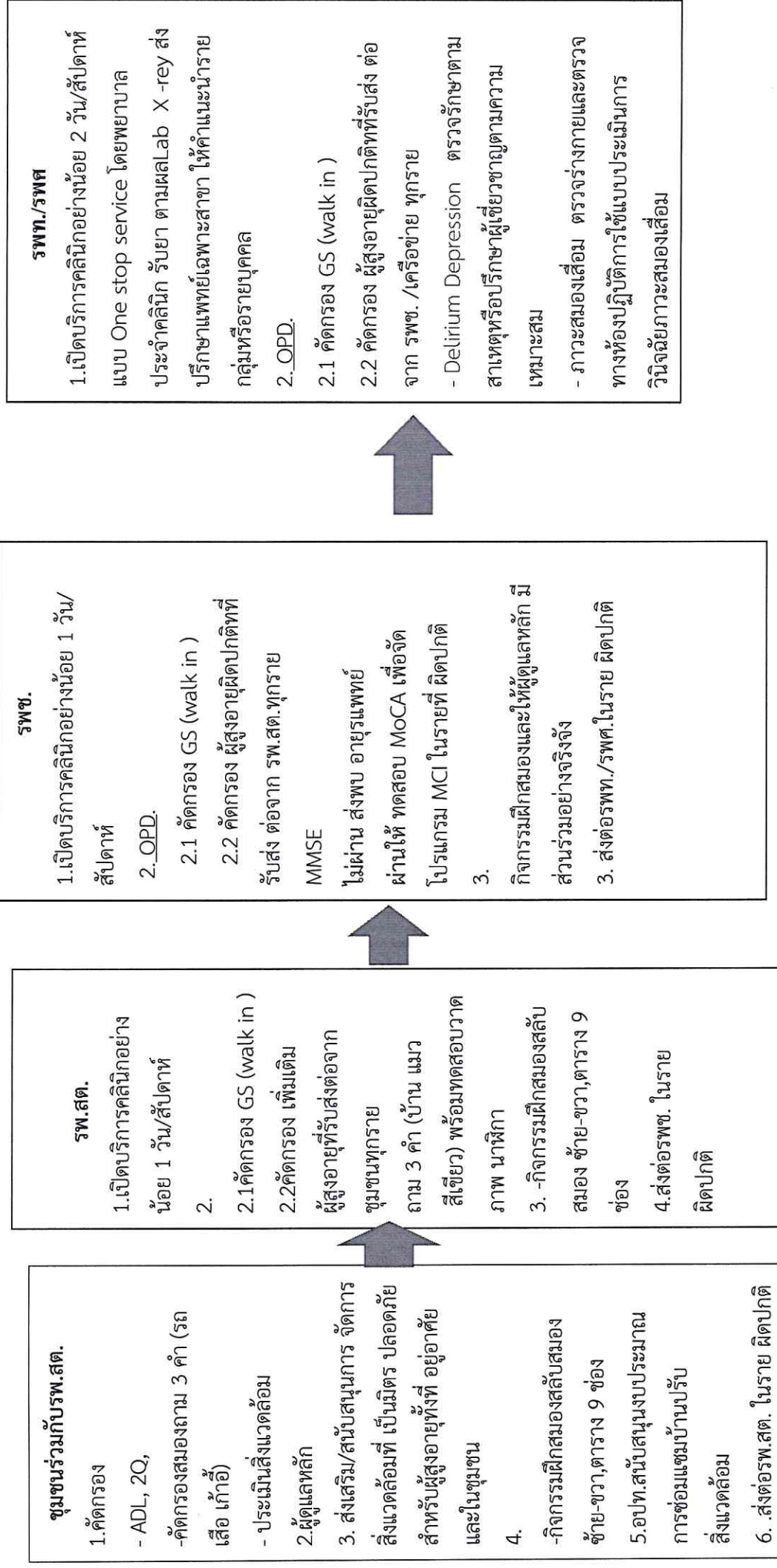
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70

Baseline ปี 2561 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
(Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ 68

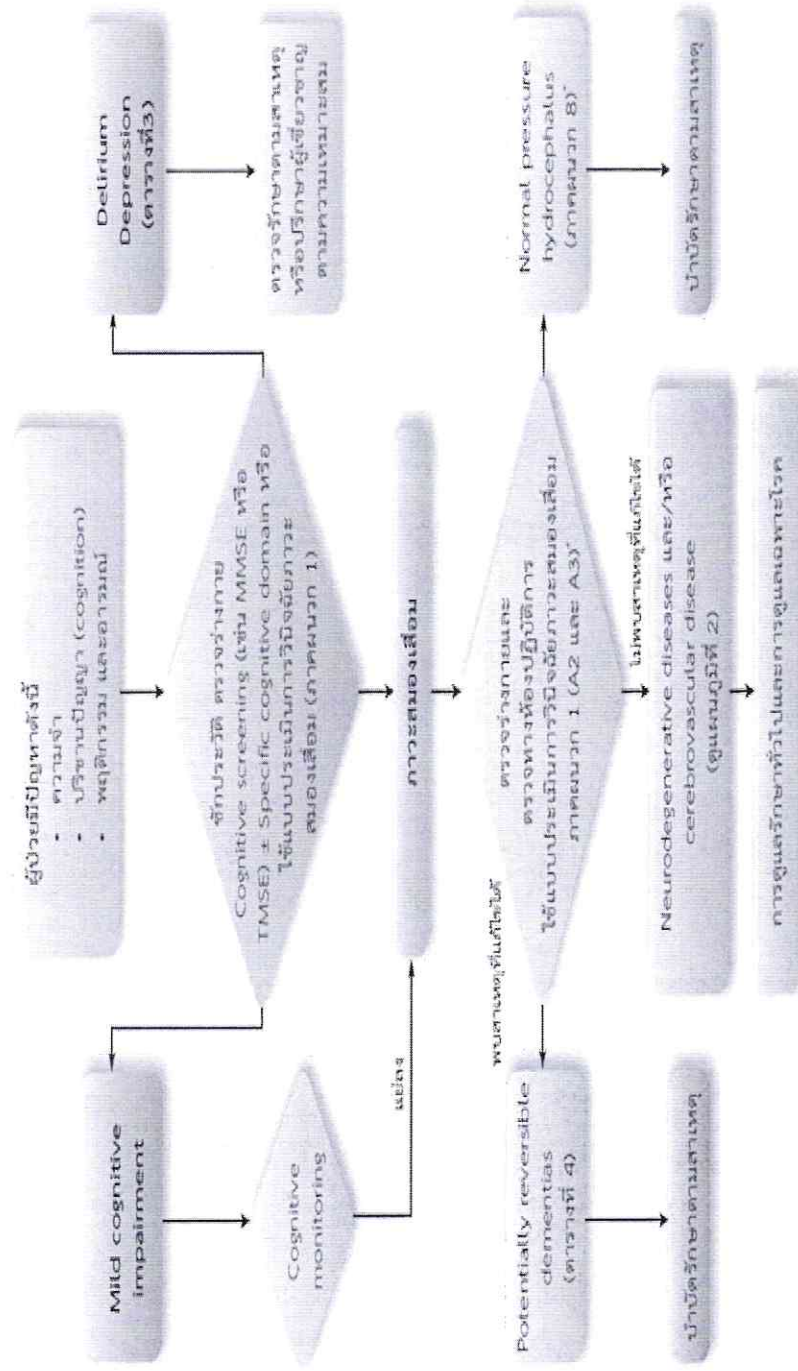
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	$\leq 50\%$	= 1
	$\geq 51-60\%$	= 2
	$\geq 61-70\%$	= 3
	$\geq 71-80\%$	= 4
	$\geq 81\%$	= 5

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด นางกัญนิภา สุมาลี โทร 089 - 9444353

FLOW ป้องกันภาวะสมองเสื่อม เขตสุขภาพที่ 8

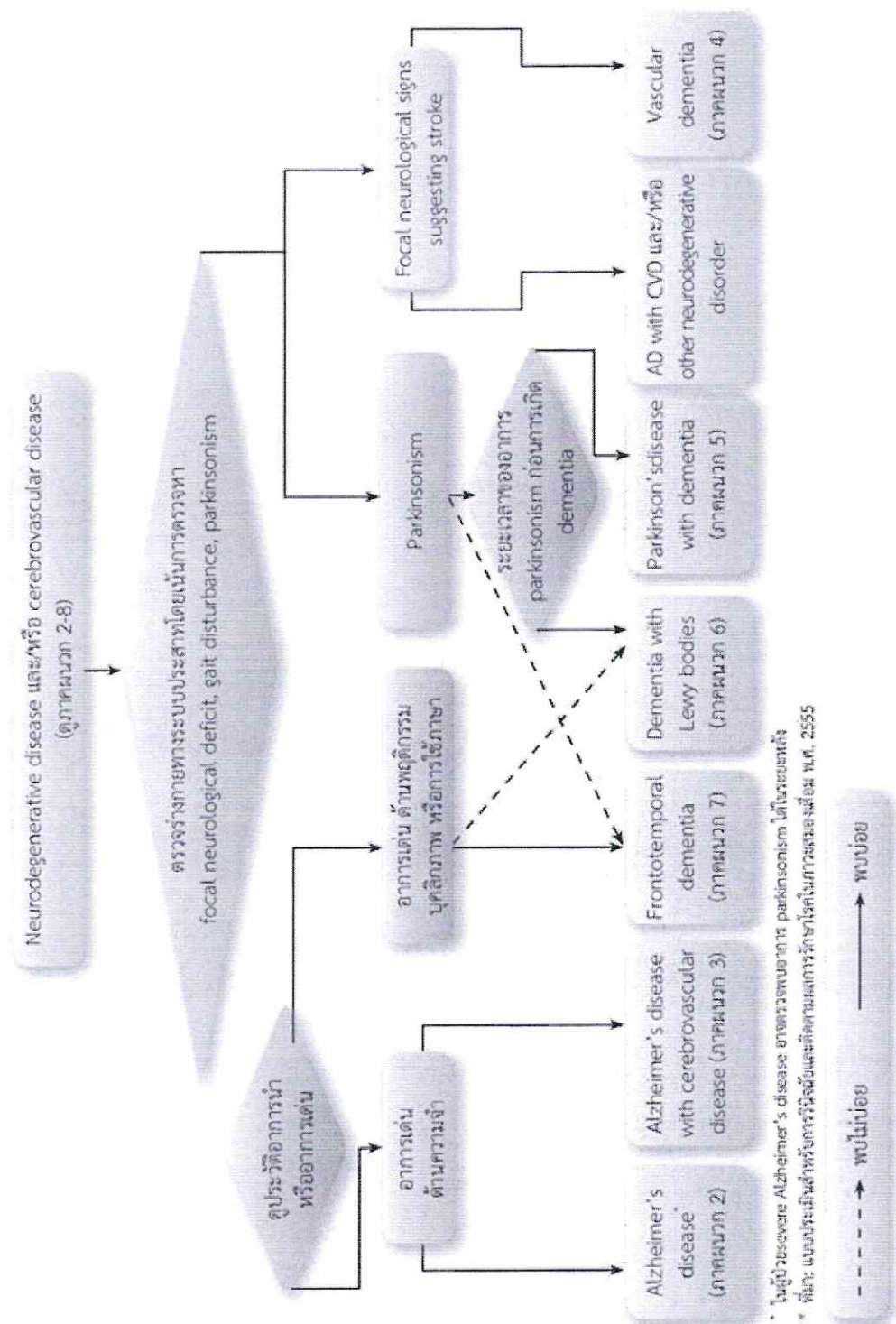


แบบภูมิที่ 1 แนวทางการวิจัยภาวะสมองเสื่อม



Второй этап исследования посвящен анализу влияния на формирование инновационной культуры различных факторов. В частности, рассматриваются такие аспекты, как роль высшего руководства, наличие инновационных программ, степень открытости организации для внешних партнеров и т.д. Анализ факторов позволяет выявить наиболее значимые для формирования инновационной культуры и разработать меры по их оптимизации.

แผนภูมิที่ 2 แผนภูมิการวิจัยแยกโรคในภาวะสมองเสื่อม*



มหาวิทยาลัยสุโขทัย เป็นองค์กรที่มีอัตลักษณ์ในการบริการด้านสุขภาพที่ทันสมัยกับทรัพยากรและข้อมูลอันมีสิ่งมหัศจรรย์ โดยหวังจะเป็นการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนให้เกิดคุณภาพและก้าวหน้า ซึ่งเหตุผลเหล่านี้เป็นแนวทางมหาวิทยาลัยสุโขทัย ในการขับเคลื่อนงานของภารกิจ ผู้บริหารและบุคลากรต่างได้วางผังและแนวปฏิบัติในการดำเนินงานที่สอดคล้องสอดคล้องไปพร้อมกันและยึดมั่นโดยวิถีทางคุณธรรมที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

FLOW ป้องกันภาวะหกล้ม เขตสุขภาพที่ 8

