รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

ตัวชี้วัด (KPI Template) ประเด็นหลัก

เพื่อการนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข คปสอ.
จังหวัดอุดรธานี
ปีงบประมาณ 2569

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มวัยสูงอายุ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
โทร 0-4222-2356

หมวด Promotion Prevention & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)
กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ 1 **ตัวชี้วัดย่อย**	**ตัวชี้วัดหลัก** 1.ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL/คัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ 95 **ตัวชี้วัดย่อย** 1.1 ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL/คัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ 95 1.2 ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 97.25
น้ำหนัก	
คำนิยาม	**ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง** **1) ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง **2) การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)** หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ - **ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1** ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ **(กลุ่มติดสังคม)** มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป - **ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2** ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง **(กลุ่มติดบ้าน)** มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน - **ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3** ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ **(กลุ่มติดเตียง)** มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน **3) ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) **4) การประเมินคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ 9 ด้าน** ของผู้สูงอายุ (ตามแนวทางที่ คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น) -การคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ 9 ด้าน ดังนี้ ○ ด้านความคิดความจำ (คัดกรองMini Coc/AMT/14ข้อคำถาม) ○ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Timed up and go test:TUGT) ○ ด้านการขาดสารอาหาร ○ ด้านการมองเห็น ○ ด้านการได้ยิน (Finger rub test) ○ ด้านการซึมเศร้า (2Q) ○ ด้านการกลั้นปัสสาวะ ○ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ○ ด้านสุขภาพช่องปาก

เกณฑ์เป้าหมาย :	1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL/คัดกรองความถดถอยของร่างกาย กลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ 95.00 2. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 97.25
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ(ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง) ทั้งจังหวัดอุดรธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)/คัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ 9 ด้าน 2. บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข/แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)
แหล่งข้อมูล	- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข - แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)
รายการข้อมูล 1.1.1	A = ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL
รายการข้อมูล 1.1.2	B = ผู้สูงอายุทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**สูตรคำนวณ : ร้อยละ**ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL= $\frac{A \times 100}{B}$
รายการข้อมูล 1.2.1	C = ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ 9 ด้าน
รายการข้อมูล 1.2.2	D = ผู้สูงอายุทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**สูตรคำนวณ:** ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ9 ด้าน = $\frac{C \times 100}{D}$
รายการข้อมูล 1.3.1	E = จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง
รายการข้อมูล 1.3.2	F = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ADL
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**สูตรคำนวณ :** ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง = $\frac{E \times 100}{F}$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผน รายไตรมาส ประเมินผลการปฏิบัติราชการปีละ 2 รอบ รอบที่ 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2568 - กุมภาพันธ์ 2569) รอบที่ 2: 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2569 - กรกฎาคม 2569)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ (ประเด็นปัญหา				
- ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL)	ร้อยละ	95.79	96.79	93.47
-ประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	ร้อยละ	91.41	93.67	91.38

	-ประเมินคัดกรองภาวะหกล้ม	ร้อยละ	95.64	96.99	96.99
	ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ 9 ด้าน	ร้อยละ	92.52	97.0	93.72

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL/คัดกรองความถดถอยของร่างกาย กลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ 85 2. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ -	1.ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL/คัดกรองความถดถอยของร่างกาย กลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ 90 2. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 95	1.ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL/คัดกรองความถดถอยของร่างกาย กลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ 95 2. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 97.25	1.ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL/คัดกรองความถดถอยของร่างกาย กลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ 95 2. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 97.25

วิธีการประเมินผล

1. พื้นที่ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)/คัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ 9 ด้าน
2. พื้นที่บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข/แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)

การแปลผลคะแนน

1.1ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL ร้อยละ 95 (โปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(BarthelActivities of Daily Living : ADL) ร้อยละ < 80
2	ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(BarthelActivities of Daily Living : ADL) ร้อยละ 80.00 – 84.99
3	ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(BarthelActivities of Daily Living : ADL) ร้อยละ 85.00 –89.99
4	ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(BarthelActivities of Daily Living : ADL) ร้อยละ 90.00 – 94.99
5	ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(BarthelActivities of Daily Living : ADL) ร้อยละ≥ 95.00

<table>
<tr><td></td><td>1.2 ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ 95 (โปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข)
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ <80</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ 80.00 – 84.99</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ ร้อยละ 85.00 –89.99</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ ร้อยละ 90.00 – 94.99</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน ร้อยละ ร้อยละ ≥95</td></tr>
</table>
3. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 97.25 (โปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข)
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ <79</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 79.00 – 84.99</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง 85.00 –90.99</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 91.00 – 96.99</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ร้อยละ ≥97</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>1.คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข
2.คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (Health Promotion & Prevention Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุ
3.แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว
4.คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5.คู่มือการใช้การโปรแกรม Long Term Care (3C)
6.คู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)
7. แนวทางการจัดบริการดูแลและป้องกันสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ สำหรับทันตบุคลากร ปี 2564
8.คู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
1. นางทัศนีย์ เหลืองวัฒนานนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ :089-375-2703
โทรสาร : 042-247-897 E-mail : Sunnyzyellow@gmail.com
2. นางสาวจิรภา พรามนัส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ : 081-999-2886
โทรสาร : 042-247-897 E-mail : jirapaa886@gmail.com
3. นางสาวอภิญญา ทิพฤๅชา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ : 065-647-9592
โทรสาร : 042-247-897 E-mail : Foollyfu@gmail.com</td></tr>
</table>

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

ตัวชี้วัด สนับสนุน

เพื่อการนิเทศและประเมินผลงานสาธารณสุข คปสอ.
จังหวัดอุดรธานี
ปีงบประมาณ 2569

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มวัยสูงอายุ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
โทร 0-4222-2356

ตัวชี้วัดที่ 1	**ตัวชี้วัด** 1.ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 95
น้ำหนัก	
คำนิยาม	**1) ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปบริบูรณขึ้นไป **2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต 60 ปบริบูรณขึ้นไป ซึ่งมีคา คะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) นอยกวาหรือเทากับ 11 คะแนน โดยแบงเปน กลุมติดบาน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุมติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน **3) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ประชาชนที่มีคาคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) นอยกวาหรือเทากับ 11 คะแนน โดยแบงเปน กลุมติด บาน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุมติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน **4) ระบบการสงเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC)** หมายถึง การดำเนินงานสงเสริม พัฒนา สนับสนุน ฟนฟู และสรางความเขมแข็งใหกับภาคีเครือขาย และชุมชน ใหมีสวนรวมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผูสูงอายุใหมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีมีอายุยืนยาว **5) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เขารวมโครงการ LTC** หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิทุกกลุมอายุ ที่มีคาคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) นอยกวาหรือเทากับ 11 คะแนน และอยูอาศัยในพื้นที่ที่องคกรปกครองสวนทองถิ่นเขารวมกองทุน LTC ไดรับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager /Caregiver / บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน **6) แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)** หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลชวยเหลือผูสูงอายุและผูที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผูเชี่ยวชาญ ครอบครัว และผูที่เกี่ยวของในพื้นที่ โดยผูสูงอายุและผูที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรูถึงความชวยเหลือจากทีม ผูใหการดูแลที่เกี่ยวของ **7) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง** กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน (ADL 5 - 11 คะแนน) กลุ่มติดเตียง (ADL 0 - 4 คะแนน) ได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย (1) ประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลตาม Care Plan (2) ให้บริการระยะยาวโดยทีมบุคลากรด้านสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัวหรือสหวิชาชีพ) กิจกรรมบริการตาม Care Plan (3) บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน ให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแล โดยมีผู้ช่วยดูแล Care giver หรือเครือข่ายจิตอาสา (4) จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ (5) ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการให้บริการ

วัตถุประสงค	1) เพื่อใหCare Manager /Caregiver /อาสาสมัครบริบาลทองถิ่น และสหวิชาชีพ สามารถวางแผนการดูแล สงเสริม ฟนฟูและพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผูสูงอายุและผูที่มีภาวะพึ่งพิงแบบรอบดานเปนรายบุคคล และเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับครอบครัว และชุมชน 2) เพื่อสนับสนุนการมีสวนรวมของครอบครัว ชุมชนและหนวยงานภาคีเครือขายที่เกี่ยวของในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผูสูงอายุและผูที่มีภาวะพึ่งพิง ใหมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว และชวยเหลือตัวเองได
เกณฑ์เป้าหมาย :	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ(ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ทุกกลุ่ม ผู้สูงอายุกลุ่ม 1,2 และกลุ่ม 3 ทุกคน ทั้งจังหวัดอุดรธานีและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมจากข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43แฟ้ม) รายงานในระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - เสนอ Care Plan ผ่านคณะอนุกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล - Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย - การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care สปสช - ระดับกรมอนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและเป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศต่อไป
แหล่งข้อมูล	- ระบบโปรแกรม Blue Book Application กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) รายงานประจำเดือนกรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการจัดทำ Care Plan **โดย Care Plan ได้รับอนุมัติ จากคณะอนุกรรมการ LTC**
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน : $\frac{A}{B} \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล

ประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผน รายไตรมาส ประเมินผลการปฏิบัติราชการปีละ 2 รอบ
รอบที่ 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2568 - กุมภาพันธ์ 2569)
รอบที่ 2: 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2569 - กรกฎาคม 2569)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตามแผนการดูแล Care plan	ร้อยละ	96.17	95.17	95.27

ที่มา โปรแกรม 3C

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 85	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 90	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 95

วิธีการประเมินผล

1) Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และผ่านการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล
2) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีผลการประเมิน ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น

การแปลผลคะแนน

ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 95

โปรแกรม Long Term Care สปสช

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ < 70
2	ร้อยละผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ ร้อยละ 70.00 – 74.99
3	ร้อยละผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ ร้อยละ 75.00 –79.99
4	ร้อยละผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ ร้อยละ 80.00 – 84.99
5	ร้อยละผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ ร้อยละ≥ 95

เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 2. คู่มือการใช้งาน Blue Book Application สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2564 3.คู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 4.คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care 5.คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ 6.คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาวโดย คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผูสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 7.คู่มือตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 8 องค์ประกอบ กรมอนามัย ปี 2557 8.คู่มือวิทยากรพี่เลี้ยงการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ 9.คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	**กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ** 1. นางทัศนีย์ เหลืองวัฒนานนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ :089-375-2703 โทรสาร : 042-247-897 E-mail : Sunnyzyellow@gmail.com 2. นางสาวจิรภา พรามนัส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ : 081-999-2886 โทรสาร : 042-247-897 E-mail : jirapaa886@gmail.com

ชื่อตัวชี้วัดที่ 2 **ตัวชี้วัดย่อย**	**ตัวชี้วัด** 2. ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม(Dementia) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ **ตัวชี้วัดย่อย** 2.1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ร้อยละ 95 2.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม(Dementia) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ70
น้ำหนัก	
คำนิยาม	**<u>สมองเสื่อม (Dementia)</u>** เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากมีการเสื่อมถอยของความสามารถสมองไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกๆ จะทำให้ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ และเมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าๆ ที่เคยรู้หรือเคยทำได้ตามลำดับ ร่วมกับมีอาการอื่นๆ ที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้า ที่ไป ผู้ป่วยจะมีปัญหาในเรื่องการคิดคำนวณ สมาธิการรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่มความเข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรมร่วมกับมีอารมณ์พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป **การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia)** หมายถึง ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรอง ประเมินภาวะสมองเสี่ยงตามแบบ การคัดกรอง (Mini Coc/AMT/14ข้อคำถาม) **ภาวะสมองเสื่อม**หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ส่งผลต่อการทำงานของสมองหลายๆด้าน ความสูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวร จนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคม
เกณฑ์เป้าหมาย :	1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ร้อยละ 97 2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม(Dementia) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ เพื่อมีข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นระบบ ติดตามได้ แม่นยำ ถูกต้องตามหลักวิชาการ 1. เพื่อรองรับการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชน 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ อย่างเหมาะสม 4. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกข้อมูลในระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 2. ระบบการบันทึกผลรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม 3. การจัดเก็บด้วยระบบ Manual 4. บันทึกข้อมูลและรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบรายงานผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ จากโปรแกรม DMS Care Tool สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

รายการข้อมูล 1	$A_{(1)}$ = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (การคัดกรอง Mini Coc/AMT/ 14ข้อคำถาม) (43 แฟ้ม Special pp. รหัส1B1220 + 1B1221 + 1B1223) $A_{(2)}$ = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (43แฟ้ม Special pp.รหัส1B1221) $A_{(3)}$ = จำนวนผู้สูงอายุเสี่ยงสมองเสื่อมที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิไม่ดีขึ้น ได้รับการส่งต่อและหรือดูแลในคลินิกผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (43 แฟ้ม Special pp. รหัส1B1223)
รายการข้อมูล 2	$B_{(1)}$ = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(2)}$ = จำนวนผู้สูงอายุเสี่ยงสมองเสื่อม (จากการคัดกรอง Mini Coc/AMT/14ข้อคำถาม) ทั้งหมด คัดกรองแล้วเสี่ยงสมองเสื่อม (43 แฟ้ม Special pp. รหัส 1B1221 + 1B1223) $B_{(3)}$ = จำนวนผู้สูงอายุเสี่ยงสมองเสื่อมที่ส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิแล้วไม่ดีขึ้น ทั้งหมด (43 แฟ้ม Special pp. รหัส1B1223)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.$(A_{(1)}/B_{(1)}) \times 100$ 2. $(A_{(2)}/B_{(2)}) \times 100$ 3. $(A_{(3)}/B_{(3)}) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นไตรมาส

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baselin data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
-ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	ร้อยละ	91.41	93.67	93.38
-ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม(Dementia) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	100	100	100

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2569

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	≥50	≥60	≥70

วิธีการประเมินผล :	1. รพ.สต. รพช. รพท. รพศ.ประเมินระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ คีย์สรุปข้อมูลผลการคัดกรองและบันทึกข้อมูลระบบ 43 แฟ้ม และปรากฏรายงานผลรวมไปยัง Health data center (HDC) 2. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ (ระบบ DMS Care tool) 3. สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ ร่วมกับ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และรายงานผลในการประชุมผู้ตรวจราชการตามไตรมาส

การแปลผลคะแนน

2.1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ร้อยละ 97

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ร้อยละ < 79
2	ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ร้อยละ 79.00 – 84.99
3	ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ร้อยละ 85.00 – 89.99
4	ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ร้อยละ 90.00 – 94.99
5	ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ร้อยละ ≥ 95.00

2.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 70

1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ < 55
2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.00 – 59.99
3	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 60.00 – 64.99
4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.00 – 69.99
5	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ≥ 70.00

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2564 ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข
2.แบบฟอร์มคัดกรอง Basic Geriatric Screening: BGS และ Geriatric Screening: GA
3. คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ กรมการแพทย์
4. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)
5. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1. นางทัศนีย์ เหลืองวัฒนานนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ :089-375-2703
โทรสาร : 042-247-897 E-mail : Sunnyzyellow@gmail.com

2. นางสาวจิรภา พรามนัส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ : 081-999-2886
โทรสาร : 042-247-897 E-mail : jirapaa886@gmail.com

ชื่อตัวชี้วัดที่ 3 **ตัวชี้วัดย่อย**	**ตัวชี้วัด** 3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม(Fall) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ **ตัวชี้วัดย่อย** 3.1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม(Fall) ร้อยละ 97 3.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม(Fall) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 70
น้ำหนัก	
คำนิยาม	**<u>ภาวะหกล้ม (Fall)</u>** เหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลทรุดตัวลงกับพื้น หรือระดับที่ต่ำกว่าเดิมโดยไม่ตั้งใจ ทั้งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกาย แต่ไม่รวมการหกล้มอันเกิดจากแรงกระทำภายนอก หรือการหกล้มที่เกิดจากการเจ็บป่วย **การคัดกรองภาวะหกล้ม (Fall)** หมายถึง ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรอง ประเมินภาวะหกล้ม ตามแบบระเมิน TUGT **ภาวะเสี่ยงหกล้ม** (ประเมินด้วย TUGT) พบเสี่ยง ใช้เวลาตั้งแต่ 12 วินาทีขึ้นไป
เกณฑ์เป้าหมาย :	1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม(Fall) ร้อยละ 97 2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม(Fall) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ เพื่อมีข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นระบบ ติดตามได้ แม่นยำ ถูกต้องตามหลักวิชาการ 1. เพื่อรองรับการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชน 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ อย่างเหมาะสม 4. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกข้อมูลในระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 2. ระบบการบันทึกผลรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม 3. การจัดเก็บด้วยระบบ Manual 4. บันทึกข้อมูลและรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบรายงานผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โปรแกรม DMS Care Tool สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

<table>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>$A_{(1)}$ = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT) (43 แฟ้ม Special pp. รหัส1B1200 + 1B1201 + 1B1202)
$A_{(2)}$= จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหกล้มที่ได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (43แฟ้ม Special pp.รหัส 1B1201)
$A_{(3)}$ = จำนวนผู้สูงอายุเสี่ยงหกล้มที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิไม่ดีขึ้น ได้รับการส่งต่อและหรือดูแลในคลินิกผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (43 แฟ้ม Special pp. รหัส 1B1202)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>$B_{(1)}$ = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในปีที่รายงาน
$B_{(2)}$ = จำนวนผู้สูงอายุเสี่ยงหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT) ทั้งหมด (ประเมินด้วย TUGT43 แฟ้ม Special pp. รหัส 1B1201 + 1B1202 + 1B1209)
$B_{(3)}$ = จำนวนผู้สูงอายุเสี่ยงหกล้มที่ส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิแล้วไม่ดีขึ้น ทั้งหมด (43 แฟ้ม Special pp. รหัส1B1202)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>$(A_{(1)}/B_{(1)}) \times 100$</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รายงานเป็นไตรมาส</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baselin data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2566</th><th>2567</th><th>2568</th></tr>
<tr><td>-ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองหกล้ม</td><td>ร้อยละ</td><td>95.64</td><td>96.99</td><td>93.72</td></tr>
<tr><td>-ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม(Fall) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การประเมิน : ปี 2569
<table>
<tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9เดือน</th><th>รอบ 12เดือน</th></tr>
<tr><td>-</td><td>≥50</td><td>≥60</td><td>≥70</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

วิธีการประเมินผล :	1. รพ.สต. รพช. รพท. รพศ.ประเมินระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ คีย์สรุปข้อมูลผลการคัดกรองและบันทึกข้อมูลระบบ 43 แฟ้ม และปรากฏรายงานผลรวมไปยัง Health data center (HDC) 2. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ (ระบบ DMS Care tool) 3. สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ ร่วมกับ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และรายงานผลในการประชุมผู้ตรวจราชการตามไตรมาส

การแปลผลคะแนน

3.1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม (Fall) ร้อยละ 97

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม (Fall) ร้อยละ < 79
2	ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม (Fall) ร้อยละ 79.00 – 84.99
3	ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม (Fall) ร้อยละ 85.00 – 89.99
4	ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม (Fall) ร้อยละ 90.00 – 94.99
5	ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม (Fall) ร้อยละ ≥ 95.00

3.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม (Fall) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 70

1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม (Fall)และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ < 55
2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม (Fall) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.00 – 59.99
3	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม (Fall) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 60.00 – 64.99
4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม (Fall) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.00 – 69.99
5	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม (Fall) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ≥ 70.00

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2564 ฉบับบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข
2.แบบฟอร์มคัดกรอง Basic Geriatric Screening: BGS และ Geriatric Screening: GA
3. คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ กรมการแพทย์
4. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)
5. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1. นางทัศนีย์ เหลืองวัฒนานนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ :089-375-2703
โทรสาร : 042-247-897 E-mail : Sunnyzyellow@gmail.com
2. นางสาวจิรภา พรามนัส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ : 081-999-2886
โทรสาร : 042-247-897 E-mail : jirapaa886@gmail.com

ชื่อตัวชี้วัดที่ 4	**ตัวชี้วัด** **4. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ**
น้ำหนัก	
คำนิยาม	**1. คลินิกผู้สูงอายุ**หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F3) ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด **2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F3)** กำหนดแนวทาง ดังนี้ 1. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 2. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 3. มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 4. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล **3. เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ** 1. โรงพยาบาลระดับ S – A 2. โรงพยาบาลระดับ M1 - M2 3. โรงพยาบาลระดับ F1 - F3 **4. ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ**หมายถึง คุณภาพการบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1. การตรวจสุขภาพประจำปี 2. การบริการให้วัคซีนประจำปี 3. การบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ (counseling/Health promotion, prevention and rehabilitation หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง) 4. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและกลุ่มอาการสูงอายุ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ 5. การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง 5.1 โดยแพทย์และทีม 5.2 โดยทีมสหวิชาชีพ 6. มีระบบข้อมูล 6.1 มีระบบข้อมูลผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ 6.2 มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาลและส่งต่อนอกโรงพยาบาล 7. รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเยี่ยมบ้าน Teleconsultation หรือ Telemedicine เป็นต้น 8. การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล 9. การรับ-ส่งต่อ 9.1 ระหว่างโรงพยาบาล (Refer system) 9.2 การส่งกลับชุมชน (COC, Home visit) **5. การดูแลรักษา**หมายถึง มีการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยันวินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือ กลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่นๆ

เกณฑ์เป้าหมาย :	**ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ**
วัตถุประสงค์	1. เพื่อรองรับการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชน 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ อย่างเหมาะสม 3. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอุดรธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ ร่วมกับ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์รวบรวมประเมินผล และรายงานผลในการประชุมผู้ตรวจราชการตามไตรมาส
แหล่งข้อมูล	- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบรายงานผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โปรแกรม DMS Care Tool สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (พิจารณาสัดส่วนของโรงพยาบาลแต่ละระดับ A, S, M, F)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ = (A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นไตรมาส

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baselin data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2566	2567	2568
-ร้อยละของโรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	ร้อยละ	95.23	100	100

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2569

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	≥80	≥90	100

<table>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>1. ทำการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการบริการคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. ระบบรายงานผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในโปรแกรม DMS Care Tool สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</td></tr>
<tr><td>การแปลผลคะแนน</td><td>ร้อยละของโรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ
<table>
<tr><th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1</td><td>ร้อยละของโรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ< 70</td></tr>
<tr><td>2</td><td>ร้อยละของโรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ70.00 – 79.99</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ร้อยละของโรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ80.00 – 89.99</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ร้อยละของโรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ90.00 – 99.99</td></tr>
<tr><td>5</td><td>ร้อยละของโรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ≥ 100</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>1. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)
2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ
3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก
4. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยายฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website: http://agingthai.dms.go.th/</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>1. นางทัศนีย์ เหลืองวัฒนานนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ :089-375-2703
โทรสาร : 042-247-897 E-mail : Sunnyzyellow@gmail.com
2. นางสาวจิรภา พรามนัส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ : 081-999-2886
โทรสาร : 042-247-897 E-mail : jirapaa886@gmail.com</td></tr>
</table>

กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ 5	**ตัวชี้วัด** 5.ผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 40 **ตัวชี้วัดย่อย** 5.1 ผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 40 5.2 ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100
น้ำหนัก	
คำนิยาม	**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง **แผนส่งเสริมสุขภาพดี : Wellness Plan** **-เป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)** แก่ผู้สูงอายุและคนทุกกลุ่มวัย ซึ่งองค์การ อนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนด แรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและธำรงไว้ ซึ่งการมีสุขภาพดี” **- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)** คือ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ กลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจ เพื่อการนำข้อมูลไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่าง เหมาะสม **ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์** หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในชุมชนหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย และทางจิตใจ เช่น ประเมินสุขภาพ กิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย การส่งเสริมด้านโภชนาการ การดูแลสุขภาพช่องปาก กิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมสร้างความสุข การปรับสภาพแวดล้อม การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมมีสุขภาพที่แข็งแรงและลดการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง โดยผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ ตั้งแต่ 71 คะแนนขึ้นไป **ผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL ≥ 12 คะแนน (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพตามแนวทาง Wellness Plan 6 องค์ประกอบ และจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ องค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) - องค์ประกอบที่ 1 โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ - องค์ประกอบที่ 2 การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ - องค์ประกอบที่ 3 สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ - องค์ประกอบที่ 4 ผู้สูงอายุสมองดี - องค์ประกอบที่ 5 ความสุขของผู้สูงอายุ - องค์ประกอบที่ 6 สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ **ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan** หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพตามแนวทาง Wellness Plan 6 องค์ประกอบ พบว่ามีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ด้าน ได้จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพ

	การจัดทำแผนสงเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้ 1. ผูสูงอายุเขาสูกระบวนการดวยความสมัครใจ และไดรับการถายทอดองคความรู 2. ผูสูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรูสถานการณสุขภาพ และความเสี่ยงดานสุขภาพ 3. จัดทำแผนสงเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผานโปรแกรมที่กรมอนามัย พัฒนาขึ้น หรือผานรูปแบบอื่นๆ 4. นำแผนสงเสริมสุขภาพดี(Wellness Plan) สูการปฏิบัติจริง 5. หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แลว ผูสูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพดวยตนเอง หรือประเมินรวมกับเจาหนาที่ 6. ปรับปรุง /พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อใหบรรลุตามเปาหมาย 7. แลกเปลี่ยนเรียนรูและบอกตอแกเพื่อนสมาชิกชมรม /กลุมทางสังคมของผูสูงอายุ ในชุมชนหรือผูที่สนใจ 8. เสร็จสิ้นกระบวนการ และปฏิบัติอยางตอเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี

เกณฑ์เป้าหมาย : 5.1ผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 40

1	ร้อยละของผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ < 25
2	ร้อยละของผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 25 – 29.99
3	ร้อยละของผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 30 – 34.99
4	ร้อยละของผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 35– 39.99
5	ร้อยละของผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ ≥ 40

วัตถุประสงค์	1. เพื่อใหผูสูงอายุมีความรอบรูดานสุขภาพ (Health Literacy) สามารถดูแลตนเองและจัดการสุขภาพตนเองตามแนวทางการสงเสริมสุขภาพและจัดการความเสี่ยงดานสุขภาพ 2. เพื่อสงเสริมใหสังคม ชุมชน ครอบครัว และผูสูงอายุ มีความตระหนัก เห็นคุณคา และมีสวนรวมในการสงเสริมสุขภาพดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองและชุมชน มีคุณภาพชีวิต ที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาว 3. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบการสงเสริมสุขภาพดูแลผูสูงอายุระยะยาวเชิงปองกัน (Preventive Long Term Care) ดวยแผนสงเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL ≥ 12 คะแนน (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพพบว่ามีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ด้าน ได้จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุตามแนวทางการประเมินเพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 2. คัดกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มี ADL ≥ 12 คะแนน (กลุ่มติดสังคม) เข้าสู่กระบวนการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพตามแนวทาง Wellness Plan 6 องค์ประกอบ 3. ผู้สูงอายุที่ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่ามีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ด้าน ให้นำมาจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว หรือ Wellness Plan เป็นแผนเฉพาะรายเพื่อพัฒนา ทักษะ กาย ใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพดี

<table>
<tr><td></td><td>4. นำแผน Individual Wellness Plan สู่การปฏิบัติจริง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแกนนำผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม
5.บันทึก/รายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรม Blue book กรมอนามัย</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>1. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรมอนามัย
2. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว Individual Wellness Plan สำหรับผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
3.ระบบคลังข้อมูล โปรแกรม Blue Book Application กรมอนามัย
4.ระบบคลังข้อมูล โปรแกรม Wellnessplan.anamia.moph.go.th
5. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1.1</td><td>A=จำนวนผูสูงอายุที่มี ADL ตั้งแต 12 คะแนนขึ้นไป และมีปจจัยเสี่ยงดานสุขภาพอยางนอย 1 ด้าน ไดทำแผนสงเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1.2</td><td>B= จำนวนผูสูงอายุที่มี ADL ตั้งแต 12 คะแนนขึ้นไป และมีปจจัยเสี่ยงดานสุขภาพอยางนอย 1 ด้าน</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>สูตรคำนวณ : $\frac{A}{B} \times 100$</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>เดือน ตุลาคม 2568 – เดือน กันยายน 2569</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2566</th><th>2567</th><th>2568</th></tr>
<tr><td>ร้อยละผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</td><td>ร้อยละ</td><td>100</td><td>100</td><td>38.42</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การประเมิน</td><td>
<table>
<tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr>
<tr><td>1.ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน/แนวทางการดำเนินงาน
2.ทุกอำเภอมีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
3.ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น</td><td>1. ผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 25
2. มีการกำกับติดตามและ เยี่ยมเสริมพลัง
3. มีการประเมินผลการดำเนินงาน</td><td>1. ผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ35
2. มีการกำกับติดตามเยี่ยมเสริมพลัง
3. มีการประเมินผลการดำเนินงาน</td><td>1. ผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 40
2. สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน
3. มีการกำกับติดตามเยี่ยมเสริมพลัง</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล:</td><td>1. ผูปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงดานสุขภาพ และรวมกันจัดทำ</td></tr>
</table>

	แผนสงเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผูสูงอาย 2. คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน ในโปรแกรมของกรมอนามัย
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรมอนามัย 2. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว Individual Wellness Plan สำหรับผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 3.ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุใน โปรแกรม Blue Book Application กรมอนามัย 4.ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุใน โปรแกรม โปรแกรมของกรมอนามัย 5. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	**กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ** 1. นางทัศนีย์ เหลืองวัฒนานนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ :089-375-2703 โทรสาร : 042-247-897 E-mail : Sunnyzyellow@gmail.com 2. นางสาวจิรภา พรามนัส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ : 081-999-2886 โทรสาร : 042-247-897 E-mail : jirapaa886@gmail.com 3. นางสาวอภิญญา ทิพฤๅชา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 042-222356 ต่อ 204 โทรศัพท์มือถือ : 065-647-9592 โทรสาร : 042-247-897 E-mail : Foollyfu@gmail.com