

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ xxx

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการเยี่ยม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง) กำลังสอง

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ xxx

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) สถานบริการสาธารณสุข รพ.สต./ชมรมผู้สูงอายุ xxx มี
ความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม โครงการเยี่ยม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง) กำลังสอง ใน
ปีงบประมาณ xxx โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ xxx เป็นเงิน
.....บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมลง รายละเอียด)

1. หลักการและเหตุผล

การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุ
ร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง” คืออยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และร้อยละ 19 “ติดบ้าน” คือ
มีปัญหาการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวก ทำให้ไม่มีความสุข ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า และการ
เปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสุขภาพจิต
ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 กิจกรรม ได้แก่ 1)
ออกกำลังกาย 2) รับประทานอาหารและผลไม้สด 3) ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า 4) ไม่ดื่มสุราหรือ
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 5) สูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 18.7 เท่านั้น ทั้งนี้การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็น
พฤติกรรมที่พบต่ำที่สุด

ในเขตพื้นที่เทศบาล/อบต. มีผู้สูงอายุทั้งหมด xxx คน เป็นผู้สูงอายุติดเตียง xx คน ติดบ้าน xx คน
ซึ่งน่าจะมีภาวะซึมเศร้า ประกอบกับผู้สูงอายุติดสังคมที่ยังใช้ชีวิตตามปกติ ส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยออกกำลังกาย
หน่วยบริการ/หน่วยงาน/ชมรมผู้สูงอายุ xxx จึงจัดทำโครงการเยี่ยม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง) กำลังสอง โดย
มีแนวคิดให้ผู้สูงอายุติดสังคมที่สามารถเคลื่อนไหวได้ ออกกำลังกายเป็นกลุ่มด้วยการถีบจักรยานตะเวนไป
เยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งผู้เยี่ยมและถูกเยี่ยม

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง
2. เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุติดสังคมออกกำลังกายถีบจักรยานไปเยี่ยมเพื่อน

3. วิธีดำเนินการ

1. ประชาสัมพันธ์และประชุมชี้แจงแนวคิดของโครงการแก่สมาชิกชมรมและผู้สนใจเข้าร่วม
กิจกรรมถีบจักรยานตะเวนไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง พุดคุยให้กำลังใจคนถูกเยี่ยม คนไปเยี่ยมได้ออก
กำลังกาย

2. จัดทำรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สํารวจเส้นทางและความปลอดภัยในการถีบจักรยาน
3. ขอบบริจาคหรือยืมจักรยานเพิ่มเติมจากคนในชุมชนเพื่อใช้ทำกิจกรรม ตรวจสอบจักรยานและซ่อมแซมสิ่งที่จำเป็น
4. นัดหมายวันเวลาสถานที่รวมพล และถีบจักรยานตะเวนเยี่ยมผู้สูงอายุตามเส้นทางที่กำหนด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน
5. สํารวจ สอบถามความต้องการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และรวบรวมแจ้ง อบต.เพื่อพิจารณาช่วยเหลือ
6. ประชุม แลกเปลี่ยนภายในชมรมและผู้ร่วมกิจกรรม เดือนละ 1 ครั้ง
7. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการพร้อมแบบรายงาน ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลxxxx

4. ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่างเดือน xxxxx – xxxxx พ.ศ. xxxx (8 เดือน - 1 ปี)

5. สถานที่ดำเนินการ

เขตเทศบาล/ตำบลxxxx

6. งบประมาณ

- 1 . ค่าอาหารกลางวันและน้ำดื่ม (สำหรับช่วงถีบจักรยานตะเวน)
จำนวน xx คน ๆ ละ xx บาท/มื้อ จำนวน xx มื้อ เป็นเงิน xxxxx บาท
 - 2 . ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (สำหรับการประชุมประจำเดือน)
จำนวน xx คน ๆ ละ xx บาท/มื้อ จำนวน 1 มื้อ/วัน จำนวน xx วัน เป็นเงิน xxxxx บาท
 3. ค่าอาหารกลางวัน (สำหรับการประชุมประจำเดือน) จำนวน
xx คน ๆ ละ xx บาท/มื้อ จำนวน xx มื้อ เป็นเงิน xxxxx บาท
 - 4 . อื่นๆ-ค่าซ่อมแซมจักรยานเฉพาะที่จำเป็น เป็นเงิน xxxxx บาท
- รวมงบประมาณทั้งสิ้น บาท
- (ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม มีคุณภาพชีวิตที่ดี

8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบต. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

7.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.

2557 ข้อ 7) ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน สถานบริการสาธารณสุข รพ.สต.

- ☒ 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- ☐ 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อบต. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- ☐ 7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- ☐ 7.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- ☐ 7.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

7.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

☒ 7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

☐ 7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

☐ 7.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]

☐ 7.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

☐ 7.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)

☐ 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

☐ 7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

☐ 7.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

☐ 7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

☒ 7.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

☐ 7.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

☐ 7.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

☐ 7.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

☐ 7.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

☐ 7.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

☐ 7.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

☒ 7.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

☐ 7.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

☒ 7.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

- ☐ 7.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ☐ 7.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ☐ 7.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ☐ 7.4.5.1.8 อื่นๆ

(ระบุ)

- ☐ 7.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - ☐ 7.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ☒ 7.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ☐ 7.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - ☒ 7.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ☐ 7.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
 - ☐ 7.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
 - ☐ 7.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - ☐ 7.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 - ☐ 7.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ)

แบบรายงานการดำเนินงาน

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	จำนวนผู้เข้าร่วมฝึกอบรม (ราย)	จำนวนผู้สูงอายุที่ถูกเยี่ยม (ราย)	แจ้ง อบต. ถึงความต้องการของผู้ติดบ้านติดเตียง (ราย)
รวม				

แบบบันทึกความต้องการของผู้ที่ติดบ้านติดเตียง ครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	ปัญหาที่พบ	ความต้องการช่วยเหลือ