**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ xxxx**

### **เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.** โครงการเยี่ยม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง) กำลังสอง

**เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ xxxx**

 **ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ).**สถานบริการสาธารณสุข รพ.สต.**/ชมรมผู้สูงอายุ xxxx มีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม.**โครงการเยี่ยม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง) กำลังสอง **ในปีงบประมาณxxxx โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ xxxx เป็นเงิน...........................บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้**

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมลงรายละเอียด)**

**1. หลักการและเหตุผล**

การสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง”คืออยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยตัวเองได้ และร้อยละ 19 “ติดบ้าน**”** คือ มีปัญหาการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวกทำให้ไม่มีความสุข ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า และการเปลี่ยน แปลงในทางเสื่อมลงเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) ออกกําลังกาย 2) รับประทานผักสดและผลไม้สด 3) ดื่มนํ้าสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า 4) ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 5) สูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 18.7 เท่านั้น ทั้งนี้การออกกําลังกายสมํ่าเสมอเป็นพฤติกรรมที่พบตํ่าที่สุด

 ในเขตพื้นที่เทศบาล/อบต.xxxx มีผู้สูงอายทั้งหมดxxx คน เป็นผู้สูงอายุติดเตียง xx คน ติดบ้าน xx คน ซึ่งน่าจะมีภาวะซึมเศร้า ประกอบกับผู้สูงอายุติดสังคมที่ยังใช้ชีวิตตามปกติ ส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยออกกำลังกาย หน่วยบริการ/หน่วยงาน/ชมรมผู้สูงอายุ xxxx จึงจัดทำโครงการเยี่ยม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง) กำลังสอง โดยมีแนวคิดให้ผู้สูงอายุติดสังคมที่สามารถเคลื่อนไหวได้ ออกกำลังกายเป็นกลุ่มด้วยการถีบจักรยานตะเวนไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งผู้เยี่ยมและถูกเยี่ยม

**2.วัตถุประสงค์**

 1. เพื่อเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง
           2. เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุติดสังคมออกกำลังกายถีบจักรยานไปเยี่ยมเพื่อน

**3.วิธีดำเนินการ**

 1. ประชาสัมพันธ์และประชุมชี้แจงแนวคิดของโครงการแก่สมาชิกชมรมและผู้ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมถีบจักรยานตะเวนไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง พูดคุยให้กำลังใจคนถูกเยี่ยม คนไปเยี่ยมได้ออกกำลังกาย

 2. จัดทำรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สำรวจเส้นทางและความปลอดภัยในการถีบจักรยาน

 3. ขอบริจาคหรือยืมจักรยานเพิ่มเติมจากคนในชุมชนเพื่อใช้ทำกิจกรรม ตรวจสอบจักรยานและซ่อมแซมสิ่งที่จำเป็น

 4. นัดหมายวันเวลาสถานที่รวมพล และถีบจักรยานตะเวนเยี่ยมผู้สูงอายุตามเส้นทางที่กำหนด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน

 5. สำรวจ สอบถามความต้องการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และรวบรวมแจ้ง อปท.เพื่อพิจารณาช่วยเหลือ

 6. ประชุม แลกเปลี่ยนภายในชมรมและผู้ร่วมกิจกรรม เดือนละ 1 ครั้ง

 7. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการพร้อมแบบรายงาน ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลxxxxx

**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

(ทุกรายการสามารถถั่วเฉลี่ยกันได้)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 1. ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม มีคุณภาพชีวิตที่ดี

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

***(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. 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 อปท. 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 (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ 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 | จำนวนผู้เข้าร่วมถีบจักรยาน (ราย) | จำนวนผู้สูงอายุที่ถูกเยี่ยม (ราย)  | แจ้ง อปท ถึงความต้องการของผู้ติดบ้านติดเตียง (ราย) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| รวม |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที | ชื่อ-นามสกุล | ที่อยู่ | ปัญหาที่พบ | ความต้องการช่วยเหลือ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |