**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองทรายขาว**

### **เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.** โครงการเยี่ยม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง) กำลังสอง ประจำปี 2560

**เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองทรายขาว**

 **ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ระบุชื่อ กลุ่มอนุรักษ์เขาหม้ออินไซต์ ม.7 มีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/** โครงการเยี่ยม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง) กำลังสอง **ในปีงบประมาณ 2560 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองทรายขาว เป็นเงิน20,000 บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้**

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (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

 กลุ่มอนุรักษ์เขาหม้ออินไซต์ ม.7 ได้ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จึงจัดทำโครงการเยี่ยม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง) กำลังสอง ประจำปี 2560 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 ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองทรายขาว

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

ระหว่างเดือน กรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2560

**5. สถานที่ดำเนินการ**

เขตเทศบาลตำบลคลองทรายขาว

**6. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองทรายขาว จำนวน 20,000 บาท รายละเอียด ดังนี้

1. ค่าป้ายโครงการ 1 ป้าย เป็นเงิน 800 บาท

 2. ค่าอาหารกลางวันและน้ำดื่ม (สำหรับช่วงถีบจักรยานตะเวน) จำนวน 50 คน ๆ ละ 60 บาท/มื้อ จำนวน 2 มื้อ เป็นเงิน 6,000 บาท

 3. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (สำหรับการประชุมประจำเดือน) จำนวน 60 คน ๆ ละ 25 บาท/มื้อ จำนวน 4 มื้อ/วัน เป็นเงิน 6,000 บาท

 4. ค่าอาหารกลางวัน (สำหรับการประชุมประจำเดือน) จำนวน 60 คน ๆ ละ 60 บาท/มื้อ จำนวน 2 มื้อ เป็นเงิน 7,200 บาท

 รวมงบประมาณทั้งสิ้น …20,000…. 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** กลุ่มอนุรักษ์เขาหม้ออินไซต์ ม.7

  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) .................................................................................................

 ลงชื่อ ........................................................ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 (นางจิราภร ณะวะกะ)

 ประธานกลุ่มอนุรักษ์เขาหม้ออินไซต์ ม.7

 วันที่ ....8... เดือน......มิถุนายน .... พ.ศ. ..2560....

ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

 ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองทรายขาว

ครั้งที่ ...1.. / 2560… เมื่อวันที่ ......20 ธันวาคม 2559..... ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

 ☑ อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนโครงการเยี่ยม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง) กำลังสอง ประจำปี 2560 จำนวน ............20,000........ บาท

 เพราะ ............................................................................................................................................

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

  ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 เพราะ ............................................................................................................................................

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

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ...................................................................................................................................

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

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

  ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3) ภายในวันที่ ………………………………………………….........

 ลงชื่อ ....................................................................

 (นายนิรันดร์ ออสันตินุตสกุล)

 ตำแหน่ง ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

 เทศบาลตำบลคลองทรายขาว

 วันที่..............เดือน.....มิถุนายน.......พ.ศ..2560....