**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบางรัก**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.........โครงการ ส่งเสริมผู้สูงวัยใส่ใจข้อเข่า...........................................................

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.......ตำบลบางรัก..................................................................................
ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) ...............สถานีอนามัยตำบลบางรัก........................มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..................................................โครงการ ส่งเสริมผู้สูงวัยใส่ใจข้อเข่า.................................ในปีงบประมาณ........2560.........เป็นเงิน............17,900........ บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)**

**1.หลักการและเหตุผล**

 โรคข้อเข่าเสื่อมพบได้ในผู้สูงอายุ มีสาเหตุหลักคือความเสื่อมตามอายุการใช้งาน มีอาการปวดเข่าอาจมีเสียงในข้อ ข้อเข่าอาจจะโก่งด้านนอกหรือด้านใน ทำให้ขาสั้นลง เดินลำบากและมีอาการปวดเวลาเดิน ผู้ป่วยจะไม่สามารถเหยียดหรืองอขาได้สุดเหมือนเดิม เนื่องจากมีการยึดติดภายในข้อ ไม่สามารถรักษาให้เหมือนเดิม ดังนั้น การรักษาข้อเข่าเสื่อมจึงมีจุดประสงค์เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด ป้องกันข้อติด ป้องกันข้อโก่งงอ เป็นต้น การรักษาด้วยยาเป็นเพียงการบรรเทาอาการ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุเท่านั้น และการกินยามากๆ จะทำให้มีผลข้างเคียงต่อกระเพาะอาหาร ตับ หัวใจ และไต ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์จะสั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยโรคข้อเพื่อรักษาตามอาการเท่านั้น เช่น การจ่ายยาแก้ปวด ยาแก้อักเสบ เป็นต้น

 ปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยบางกลุ่มจะพึ่งยาเพียงอย่างเดียว โดยไม่พยายามปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตัวเอง ซึ่งในความเป็นจริงการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตคือสิ่งที่สำคัญที่สุดในการรักษาโรคข้อเสื่อม ส่วนการผ่าตัดนั้นจะมีทั้งผลดีและผลเสีย ซึ่งผลเสียก็คือผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด และมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อได้ วิธีที่ดีที่สุดคือ การดูแลตัวเองให้ดีก่อนที่จะป่วยเป็นโรคข้อเสื่อม แต่หากเป็นโรคข้อเสื่อมแล้วก็จะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตัวเอง ด้วยวิธีการลดความอ้วน ลดการใช้งานข้อ รวมถึงการหมั่นบริหารกล้ามเนื้อบริเวณรอบข้อ ซึ่งวิธีการเหล่านี้คือวิธีการแก้ไขปัญหาข้อเสื่อมที่ปลอดภัย และไม่เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนได้ในที่สุด

ดังนั้นทางสถานีอนามัยตำบลบางรัก ได้เห็นความสำคัญกับโรคข้อเข่าเสื่อม จึงได้จัดทำได้โครงการส่งเสริมผู้สูงวัยใส่ใจข้อเข่าขึ้น

**2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 1. เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเข่าเสื่อม ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลตนเอง

 2. เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมสามารถนำความรู้ไปใช้ดูแลสุขภาพได้และบำบัดโรคเบื้องต้นได้

**3. กลุ่มเป้าหมาย**

แกนนำผู้สูงอายุ , อสม. , ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม

 จำนวน 55 คน

**4. วิธีการดำเนินการ**

1. อบรมให้ความรู้

 2. สาธิต การทำสมุนไพรประคบข้อเข่า

 3. การทำสมุนไพรใช้ในครัวเรือน

**5. ระยะเวลาดำเนินการ**

ม.ค. 60 –ก.ย. 60

**6. สถานที่ดำเนินโครงการ**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรัก อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

**7. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ......ตำบลบางรัก......จำนวน............17,900........... บาท รายละเอียด ดังนี้

1. ค่าตอบแทนวิทยากรอบรม 2 คน x 3 ช.ม. x 600 บาท เป็นเงิน 3,600 บาท

2. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 2 มื้อ x 55 คน x 25 บาท เป็นเงิน 2,750 บาท

3. ค่าอาหารกลางวัน 1 มื้อ x 55 คน x 50 บาท เป็นเงิน 2,750 บาท

4. ค่าวัสดุการอบรม เป็นเงิน 1,500 บาท

5. ค่าเอกสารบรรยายการอบรม จำนวน 55 ชุดๆละ 50 บาท เป็นเงิน 2,750 บาท

6. ค่าไวนิลโครงการ ขนาด 1 x 2 เมตร ตารางเมตรละ 150 บาท เป็นเงิน 300 บาท

7. ค่าวัสดุสมุนไพร เป็นเงิน 1,500 บาท

8. ชุดสมุนไพร(พอกเข่าเสื่อม) จำนวน 55 ชุดๆละ 50 บาท เป็นเงิน 2,750 บาท

**หมายเหตุ** ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยจ่ายได้

**8.ประเมินผล**

1. แบบทดสอบความรู้

**9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 1. ผู้ร่วมกิจกรรมมีความรู้เรื่องโรคเข่าเสื่อม ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลตนเอง

2. ผู้ร่วมกิจกรรมสามารถนำความรู้ไปใช้ดูแลสุขภาพและบำบัดโรคเบื้องต้นได้

**10. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

**10.1*หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ*** (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.2557 ข้อ 7)
ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน...........................................................................................................................
 10.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 10.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 10.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 10.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 10.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**10.2ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

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

 10.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

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

 10.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

 10.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

**10.3กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)**

 10.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 10.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 10.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 10.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

 10.3.5. กลุ่มผู้สูงอายุ

 10.3.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 10.3.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 10.3.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

**10.4กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 10.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 10.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 10.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 10.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 10.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 10.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 10.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 10.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 10.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

10.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 10.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 10.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 10.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 10.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 10.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 10.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 10.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 10.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 10.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 10.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 10.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 10.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 10.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 10.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 10.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 10.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 10.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 10.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 10.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

 10.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 10.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 10.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 10.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 10.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 10.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 10.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 10.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 10.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 10.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ

 10.4.5.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 10.4.5.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 10.4.5.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 10.4.5.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 10.4.5.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

10.4.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 10.4.6.1 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 10.4.6.2 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 10.4.7 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 10.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 10.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 10.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 10.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 10.4.7.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 10.4.7.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 10.4.7.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 10.4.7.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 10.4.7.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 10.4.8 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 10.4.8.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 10.4.8.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 10.4.8.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 10.4.8.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 10.4.8.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 10.4.8.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 10.4.8.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 10.4.8.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 10.4.9 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 10.4.9.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 10.4.9.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 10.4.9.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 10.4.9.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 10.4.9.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 10.4.9.6 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

ลงชื่อ...............................................................ผู้เขียนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(………...นายวิรัตน์......แก้วลาย.....................)

ตำแหน่ง ประธาน อสม. ตำบลบางรัก

วันที่-เดือน-พ.ศ. 18 เมษายน 2559

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

(...........นายวิสุทธิ์...........บุญชัย....................)

ตำแหน่ง หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลบางรัก

วันที่-เดือน-พ.ศ. 18 เมษายน 2559

ลงชื่อ...............................................................ผู้เห็นชอบแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(.................................................................)

ตำแหน่ง............................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ................................................

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

 ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ...........................................................................
ครั้งที่ ........... / 25…………… เมื่อวันที่............................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

 อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ..............................................บาท

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

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

 ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3) ภายในวันที่ ………………………………………………….........

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

(..................................................................)

ตำแหน่ง................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................

ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม......................................................................................................................................

1. ผลการดำเนินงาน

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

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

 🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ ............................................................................................................................................................................

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ................................................. บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ.......................

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

 🞎ไม่มี

 🞎 มี

 ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 แนวทางการแก้ไข (ระบุ) ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ.........................................................................ผู้รายงาน

(.........................................................................)

ตำแหน่ง .....................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. .........................................................

**ตารางอบรมโครงการสมุนไพรไทยบำบัด ส่งเสริมการดูแลสุขภาพในชุมชน**

**วันที่...................................................................**

**ณ สถานีอนามัยตำบลบางรัก อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง**

**วันที่ ………………………………..**

08.30 น. - 09.00 น. ลงทะเบียน ทดสอบความรู้

09.00 น. - 10.20 น. สมุนไพรใกล้ตัว/การใช้สมุนไพรบำบัด

10.20 น. - 10.40 น. พักรับประทานอาหารว่าง

10.40 น. – 12.00 น. วิธีทำสมุนไพรใช้ในครัวเรือน

12.00 น. – 13.00 น. พักรับประทานอาหารเที่ยง

13.00 น. – 15.00 น. วิธีการบำบัดโรคด้วยแพทย์แผนไทย/การนวดบำบัดแก้อาการด้วยสมุนไพรบำบัด/

ฝึกปฏิบัติ

15.00น. – 15.20 น.. พักรับประทานอาหารว่าง

15.20น. – 16.30 น. ทดสอบความรู้/ซักถามปัญหา

**แบบประเมินความรู้ก่อนการเรียนรู้**

**1.ทุกข้อเป็นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบบ่อย ยกเว้นข้อใด**

ก. โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเข่าเสื่อม โรคปวดเมื่อย โรคซึมเศร้า

ข. โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคปวดเมื่อย โรคไทรอยด์ อุบัติเหตุ

ค. โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า โรคเข่าเสื่อม โรคปวดเมื่อย โรคไต โรคความจำเสื่อม

ง. โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคนอนไม่หลับ ไขมันในเลือดสูง กลั้นปัสสาวะไม่อยู่

**2.อาหารเมนูใดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุด**

ก.แกงไตปลา ไข่ต้ม น้ำพริก ข.น้ำพริก ปลาทูนึ่ง แกงเลียงผักรวม

ค.น้ำพริก ปลาทูนึ่ง แกงส้มหน่อไม้ ง. แกงเลียงผักรวม ต้มปลาหวาน แกงไตปลา

**3.ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับอาการโรคข้อเข่าเสื่อม**

ก. เริ่มจากปวด เป็นๆหายๆ และปวดตลอดวัน ข. ข้อฝืดใช้งานไม่ถนัด

ค. ข้อผิดรูป บวมโต ง. ถูกทุกข้อ

**4. ทุกข้อเป็นการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยแพทย์แผนไทย ยกเว้นข้อใด**

ก. การพอก/ประคบยาสมุนไพร ข. การนวดรักษา /การใช้ท่าบริหารตนเอง

ค. การจ่ายสมุนไพร ง. การใช้ยาแก้ปวดเมื่อย/ผ่าตัด

**5.โรคปวดข้อ ข้อเข่าเสื่อมทางศาสตร์แพทย์แผนไทย เรียกว่าโรคใด**

ก. โรคลมจับเส้น ข. โรคลมปลายปัตฆาต

ค. โรคลมจับโปง ง. โรคลม ลำบอง

**6.ทุกข้อเป็นแนวทางการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ยกเว้นข้อใด**

ก. ลดอาการปวดและเกร็งของกล้ามเนื้อรอบเข่า ข. บริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าให้แข็งแรงสม่ำเสมอ

ค. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เช่น ยอดผัก หน่อไม้ ง. หลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมต่างๆ

**7.สมุนไพรใดที่ช่วย บรรเทาอาการปวดข้อ ข้อเข่าเสื่อม**

ก. เพ็ชรสังฆาต เถาวัลย์เปรียง เถาเอ็นอ่อน หญ้าขัดมอน ข. ขิง ขมิ้นชัน พริก เอ็นอ่อน

ค. เถาวัลย์เปรียง พญายอฟ้าทะลายโจร ขิง ง. เถาเอ็นอ่อน งา บอระเพ็ด เพ็ชรสังฆาต

**8.บุคคลใดที่ควรหลีกเลี่ยงการนวดเพื่อการรักษาหรือบรรเทาอาการข้อเข่าเสื่อม**

ก. นาย ไก่ มีประวัติเคยผ่าตัดเข่าทั้งสองข้าง ข. นาง หนู มาด้วยอาการปวดเข่า บวมแดง ร้อน

ค. นส.ปลา มาด้วยอาการเข่าผิดรูป มีเสียงดังในข้อ ง. ควรหลีกเลี่ยงทั้งนายไก่ นางหนูและ นส.ปลา

**9.ข้อใดคือความหมายของการประคบด้วยสมุนไพร**

ก. การรักษาอาการปวดเมื่อยด้วยการใช้**ความร้อน**และตัวยาสมุนไพรเดี่ยวๆหรือหลายอย่างมา**ผสมผสาน**กัน

ข. การรักษาอาการปวดเมื่อยด้วยการใช้**ความเย็น**และตัวยาสมุนไพรเดี่ยวๆหรือหลายอย่างมา**ผสมผสาน**กัน

ค.การรักษาอาการปวดเมื่อย ด้วยการใช้**ความร้อน**และตัวยาสมุนไพร**เดี่ยวๆ เท่านั้น**

ง.การรักษาอาการปวดเมื่อย ด้วยการใช้**ความเย็น**และตัวยาสมุนไพร**เดี่ยวๆ เท่านั้น**

**10.การใช้สมุนไพรผสมผสานหลายชนิดในการประคบมักจะใช้สมุนไพรและวัสดุใดบ้าง**

ก. ไพล ขมิ้นชัน ผิวมะกรูดหรือใบมะกรูด ข. ใบมะขาม ใบพลับพลึง เถาเอ็นอ่อน

ค. เกลือ การบูร พิมเสน ง. ถูกทุกข้อ

**11.ทุกข้อเป็นข้อแนะนำแก่ผู้รับบริการในการประคบสมุนไพร ยกเว้นข้อใด**

ก. หลีกเลี่ยงการประคบอาการการอักเสบที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง

ข. แนะนำอาบน้ำทันทีหลังการประคบสมุนไพรเสร็จ

ค. บริเวณผิวหนังที่อ่อน มีกระดูกยื่น หรือเป็นแผล ห้ามใช้ลูกประคบที่ร้อนจนเกินไป

ง. ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน อัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ ควรใช้ลูกประคบที่ไม่ร้อนจัดและต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษ

**12.การออกกำลังข้อใด ที่เหมาะสมที่สุด สำหรับผู้ที่มีปัญหา ปวดเข่า ข้อเข่าเสื่อม**

ก. วิ่ง ว่ายน้ำ ไทเก็ก/โยคะ แอโรบิค เดินทางราบ

ข. เดินขึ้นลงบันได โยคะ/ไทเก็ก แอโรบิค วิ่ง

ค. เดินทางราบ การยืดกล้ามเนื้อ ปั่นจักรยาน แอโรบิค โยคะ/ไทเก็ก

ง. ว่ายน้ำ ปั้นจักรยาน ไทเก็ก/โยคะ แอโรบิค เดินขึ้นลงบันได

**13.ข้อใด เรียงลำดับการเตรียมตัวก่อนการออกกำลังให้ปลอดภัยโดยยึดหลัก 4 ข้อได้ถูกต้อง**

ก. เลือกรูปแบบการออกกำลังการ-เตรียมความพร้อม-ประเมินสุขภาพตนเอง-คลายอุ่นและยืดกล้ามเนื้อ

ข. คลายอุ่นและยืดกล้ามเนื้อ-เลือกรูปแบบการออกกำลังการ-เตรียมความพร้อม-ประเมินสุขภาพตนเอง

ค.เลือกรูปแบบการออกกำลังการ-ประเมินสุขภาพตนเอง-คลายอุ่นและยืดกล้ามเนื้อ-เตรียมความพร้อม

ง.ประเมินสุขภาพตนเอง-เตรียมความพร้อม-เลือกรูปแบบการออกกำลังกาย-คลายอุ่นและยืดกล้ามเนื้อ

**14.ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับการแพทย์ทางเลือก/การดูแลแบบแพทย์แผนไทย**

ก. สามารถนำการแพทย์ทางเลือกมาประยุกต์ใช้ได้กับทุกคนโดยไม่มีข้อจำกัด ทั้งด้าน อายุ วัย เพศ ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ป่วย

ข. ในการนำแพทย์ทางเลือกมารักษา บำบัดโรค/อาการ ไม่สามารถรักษาร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันได้และต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

ค. การใช้แพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยแต่ละราย สามารถรักษาร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันได้และต้องอยู่ภายใต้การดูแลและคำแนะนำ จากผู้เชี่ยวชาญทั้งสองด้าน

ง.แพทย์ทางเลือก/แพทย์แผนไทย ไม่สามารถนำมาดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีโรคที่ซับซ้อนและยากต่อการรักษาได้

**15.ข้อใดถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม**

ก. ออกกำลังกายอย่างเคร่งครัด รับประทานอาหารเสริม เป็นประจำ

ข. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้น ผักใบเขียว ถั่ว ยอดชะอม กวางตุ้ง หน่อไม้

ค. ออกกำลังกายที่เหมาะสม ควบคุมน้ำหนัก หลีกเลี่ยงน้ำอัดลม กาแฟ หลีกเลี่ยงการนั่งยอง พับเพียบเวลานานๆ

ง. หลีกเลี่ยงการนั่งเพียบ ขัดสมาธิ นั่งยองๆนานๆ ควบคุมอาหาร รับประทานยาแก้ปวดทุกครั้งที่มีอาการเพื่อป้องกัน

 ขอให้โชคดีนะครับ