

แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อบต.ปุยโยะ

รหัสโครงการ	
ชื่อโครงการ/กิจกรรม	โครงการป้องกันภาวะชืดในหญิงตั้งครรภ์ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย อนามัยสมบูรณ์
ชื่อกองทุน	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบลปุยโยะ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑
	<input checked="" type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/ หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กร ประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]
หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบ โครงการ	<input checked="" type="checkbox"/> หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. <input type="checkbox"/> หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล <input type="checkbox"/> หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. <input type="checkbox"/> หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กอง การศึกษาฯ <input type="checkbox"/> กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ ๕ คน
ชื่อองค์กร/กลุ่มคน (๕ คน)	ชื่อองค์กร.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปุยโยะ.... กลุ่มคน (ระบุ ๕ คน) ๑..... ๒..... ๓..... ๔..... ๕.....
วันอนุมัติ	
ระยะเวลาดำเนินโครงการ	ตั้งแต่วันที่...๑...เดือน...มกราคม.....พ.ศ.....๒๕๖๑..... ถึง วันที่...๓๐...เดือน...ตุลาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๑.....
งบประมาณ	จำนวน..... ๕๔,๒๐๐.....บาท ถ้าเนาถูกต้อง

นุภาพ
(นางศุภนุภาพ มีใจ)

หลักการและเหตุผล

การตั้งครรภ์เป็นระยะพัฒนาการที่สำคัญของครอบครัว โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ครั้งแรกการตั้งครรภ์ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งในด้านกายวิภาค ชีวเคมี และสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงนี้ดำเนินไปตลอดการตั้งครรภ์และร่างกายจะมีการปรับตัวอย่างมากมายกับ การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆของร่างกายที่เจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างสลับซับซ้อนสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ เช่น สภาพแวดล้อม เพื่อเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ ยังต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม เช่น บทบาทหน้าที่ ภาพลักษณ์ สัมพันธภาพกับครอบครัว เป็นต้น

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่พบในทุกภูมิภาคของประเทศโดยเกิดขึ้นต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และเป็นสาเหตุการตายของมารดาและทารกที่พบบ่อย จากการศึกษาพบว่าสาเหตุการตายของดามีความสัมพันธ์กับการมีภาวะโลหิตจางร่วมด้วยถึงร้อยละ ๔๐ (ธีระ ทองสงและชนินทร์ วนาภิรักษ์ : ๒๕๓๕) ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์โดยในช่วงแรกทำให้อัตราการตายของมารดาและทารกระหว่างการคลอดสูง การตั้งครรภ์จะทำให้เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้เด็กที่เกิดมามีพัฒนาการทางสมองลดลง เกิดผลเสียต่อการเรียนรู้

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์นั้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด อุบัติการณ์พบได้สูงถึงร้อยละ ๓๐ ในบางพื้นที่ (WHO ๑๙๘๙) จากการรายงานพบว่าปี๒๕๕๘,๒๕๕๙,๒๕๖๐ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในตำบลบุโยะ คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕๐,๑๙.๔๖,๑๔.๐๓ ตามลำดับ ซึ่งพบว่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ว่าไม่เกินร้อยละ ๑๐

วิธีดำเนินการ

๑. ชั้นเตรียมการ

- ๑.๑ ประชุมคณะทำงานเพื่อกำหนดรูปแบบและแนวทางการดำเนินงาน
- ๑.๒ เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ
- ๑.๓ ประชาสัมพันธ์โครงการโดยใช้เวนิลเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทราบ

๒. ชั้นดำเนินการ

- ๒.๑ พิธีเปิดโครงการ
- ๒.๒ จัดอบรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซีดและมีภาวะซีดจำนวน ๓๐ คน
- ๒.๓ มอบอาหารที่มีประโยชน์ช่วยเพิ่มธาตุเหล็กแก่หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงซีดและมีภาวะซีด
- ๒.๔ จัดกิจกรรมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามการรับประทานยาโฟเลตของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการมีบุตรทุกๆ ๓ เดือน
- ๒.๕ จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่แม่อาสา
- ๒.๖ จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่หญิงหลังคลอด

อำนาจถูกต้อง

วิภา
๐๓๓๓๓๓๓๓ ๓๓๓๓

๓. ขึ้นการประเมินผล ๓.๑ ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซีดและมีภาวะซีดทุกเดือน ๓.๒ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซีดและมีภาวะซีดมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพิ่มมากขึ้น ๓.๔ สรุปผลการดำเนินโครงการ	
ผลที่คาดว่าจะได้รับ ๑. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดขณะใกล้คลอดไม่เกิน ร้อยละ ๑๐ ๒. ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ไม่เกิน ร้อยละ ๗ ๓. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์ ไม่เกิน ร้อยละ ๗๐	
เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด
วัตถุประสงค์โดยตรง	
วัตถุประสงค์ ๑. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซีดและมีภาวะซีดลดลง ๒. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกับการปฏิบัติตัว	ตัวชี้วัดความสำเร็จ ๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดใกล้คลอดลดลง ๒. ร้อยละของทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ลดลง

กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย	งบประมาณ	ระยะเวลา
๑. กิจกรรมจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซีดและมีภาวะซีด	ค่านมสดสเตอริไรส์ จำนวน ๓๐ คนๆ ละ ๙๐ กล่องๆ ละ x ๑๒ บาท = ๓๒,๔๐๐ บาท	๑ มกราคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑
๒. กิจกรรมอบรมให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซีดและมีภาวะซีด	ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๓๐ คน x ๕๐ บาท = ๑,๕๐๐ บาท ค่าอาหารว่าง จำนวน ๓๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ = ๑,๕๐๐ บาท ค่าป้ายไวนิลโครงการฯ จำนวน ๑ ผืน x ๑,๐๐๐ บาท = ๑,๐๐๐ บาท	๑ มกราคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

สำเนาถูกต้อง

๓.กิจกรรมเตรียมพร้อมก่อนตั้งครุฑด้วย โฟลต์เพื่อป้องกันทารกพิการแต่กำเนิด		
	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๓๐ คน x ๒๕ บาท x ๔ ครั้ง = ๓,๐๐๐ ค่าป้ายไวนิลประชาสัมพันธ์ จำนวน ๖ ผืนๆละ ๕๐๐ บาท = ๓,๐๐๐ ค่าวิทยากร จำนวน ๓ ชม.ๆ ละ ๓๐๐ บาท = ๙๐๐	๑ มกราคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑
๔.กิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่แม่อาสา (อสม.)		
	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๓๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ = ๑,๕๐๐ บาท ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๓๐ คน x ๕๐ บาท = ๑,๕๐๐ บาท ค่าวิทยากร จำนวน ๓ ชม.ๆ ละ ๓๐๐ บาท = ๙๐๐ บาท	๑ มกราคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑
๕.กิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่หญิงหลังคลอด		
	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๗๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ = ๓,๕๐๐ บาท ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๗๐ คน x ๕๐ บาท = ๓,๕๐๐ บาท	๑ มกราคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑
	รวม.....๕๔,๒๐๐.....บาท	

๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.

๒๕๕๗ ข้อ ๗)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน

- ๗.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
 ๗.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
 ๗.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
 ๗.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
 ๗.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

สำเนาถูกต้อง

ใบทำ
(จดตท.นุรักษ์) งามา ๔

๗.๒ ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

- ๗.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)]
- ๗.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]
- ๗.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)]
- ๗.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]
- ๗.๒.๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]

๗.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)

- ๗.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- ๗.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- ๗.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยรุ่นและเยาวชน
- ๗.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน
- ๗.๓.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ
- ๗.๓.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ๗.๓.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- ๗.๓.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๓.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

๗.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- 7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- 7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
- 7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
- 7.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- 7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ.....*สุภาว*.....ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นางสาวนุวานี มามะ)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่-เดือน-พ.ศ. ๑๓ ก.พ. ๒๕๖๑

นางสาวนุวานี

สุภาว
(นางสาวนุวานี มามะ)

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปุโยะ

.....
.....

ครั้งที่ M / ๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๕ ม.ค. ๒๕๖๑ ผลการพิจารณาโครงการป้องกันภาวะซีดในหญิง
ตั้งครรภ์ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย อนามัยสมบูรณ์ ปีงบประมาณ๒๕๖๑ ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนโครงการป้องกันภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ลูกเกิดรอด แม่
ปลอดภัย อนามัยสมบูรณ์ ปีงบประมาณ๒๕๖๑ จำนวน ๕๔,๒๐๐.....บาท
เพราะ

.....
.....

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
เพราะ

.....
.....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....
.....

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่

.....
ในรายงานผลความสำเร็จของโครงการฯ และสรุปลงในรายงานตามโครงการฯ ดังกล่าว
ส่งคืนคืนเป็นต้นไป

ลงชื่อ.....
(นายมุฮัมมัด สาแลแม)
(.....ประธานกรรมการ.....)
ตำแหน่ง.....กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปุโยะ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑
ดำเนินาถูกต้อง

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