**แบบเสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม** (แบบ ค. ๑)

**กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร**

(สำหรับผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม)

รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม .

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการคัดกรอง และเสริมสร้างความรู้ผู้สูงวัยป้องกันภาวะสมองเสื่อม

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

เรียน 🗹 ประธานอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตบางแค

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน(ระบุชื่อ)  มีความประสงค์
จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการคัดกรอง และเสริมสร้างความรู้ผู้สูงวัยป้องกันภาวะสมองเสื่อม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖6 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เป็นเงิน 103,700.- บาท(หนึ่งแสนสามพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ ๑: รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม** (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมลงรายละเอียด) **๑. หลักการและเหตุผล** (ระบุที่มาของการทำโครงการความจำเป็น และความสำคัญของโครงการ เพื่อที่จะสนับสนุนต่อไป)จากการเปลี่ยนแปลงระบบโครงสร้างของประชากรผูสูงอายุ พบวามีแนวโนมเพิ่มมากขึ้นซึ่งคาดวา ในป 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 20) การเพิ่มจำนวนและ สัดสวนของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบโครงสร้าง เศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุนั้นมีความเสี่ยงสูงในดานความเจ็บป่วยเมื่ออายุมากขึ้น สุขภาพร่างกายอ่อนแอลง มีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น จากกรายงานของกลุ่มทำงานด้านสมองเสื่อมในเขตภาคฟื้นเอเชียแปซิฟิก สรุปได้ว่า ในปี 2548 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมในภูมิภาคนี้มากถึง 13.7 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 64.6 ล้านคนในอีก 50 ปี ข้างหน้า**ในประเทศไทยจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 617,000 คน และคาดว่าในปี พ.ศ.2580 จะมีจำนวน 1,350,000 คน**

 โรคสมองเสื่อมนอกจากจะทำให้สูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการงานการตัดสินใจแล้วยังพบว่ามีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คน อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ ต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน นำมาสู่ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมาก หากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลกันเองจะมีค่าดูแล ประมาณ 4,000-6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่ร่วมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น ต้องลาออกจากงานมาดูแล ค่าเสียโอกาส ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยเอง ปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาอาการสมองเสื่อมได้ มีเพียงตัวยาที่ทำให้เกิดการชะลออาการเท่านั้น แต่มีวิธีป้องกันที่เห็นผลได้คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และการออกกำลังกายซึ่งจะชะลอการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ และสามารถฟื้นฟูอวัยวะที่เสื่อมไปแล้วให้ดีขึ้นได้

**๒. วัตถุประสงค์** (แสดงถึงจุดมุ่งหมายที่จะแก้ปัญหานั้น ๆ และต้องกำหนดวัตถุประสงค์ในสิ่งที่เป็นไปได้ สามารถวัดได้)1. เพื่อคัดกรอง/ประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของ อสส. แกนนำผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุให้มีความรู้และทักษะของการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย ป้องกันภาวะสมองเสื่อม

3. เฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

**๓. ตัวชี้วัดความสำเร็จ** (ระบุการประเมินผลออกมาเป็นตัวเลข/จำนวน/ปริมาณตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้)

๑. กลุ่มเป้าหมายมีได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

2. กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการป้องกันภาวะสมองเสื่อมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

**๔. ผู้เข้าร่วมแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม** จำนวนทั้งสิ้น……….30……….คน

๑. กลุ่มเป้าหมาย จำนวน..........25.........คน ได้แก่

๑.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน.........25..........คน

๒. ผู้ดำเนินงาน จำนวน ............5...........คน ได้แก่

๒.๑ ทีมวิทยากร จำนวน...........2...........คน

๒.๒ ผู้ประสานงาน จำนวน...........3...........คน

**๕. วิธีดำเนินการ** (แสดงขั้นตอนภารกิจที่จะต้องทำให้การดำเนินงานตามโครงการและระยะเวลาในการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาความเป็นไปได้ของโครงการ)
 **กิจกรรมที่ 1**

ประเมินภาวะสมองเสื่อม คัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์สำหรับญาติ หรือผู้ดูแล 11 ข้อ )

1. ชอบถามคําถามเดิมซ้ำๆ

2. หลงลืมบ่อยขึ้น มีปัญหายุ่งยากเรื่องความจําระยะสั้น

3. ต้องมีคนคอยเตือนให้ทำกิจกรรมที่จําเป็น

4. ลืมวันนัด ลืมโอกาสที่สำคัญของครอบครัว เช่น วันเกิด วันหยุดพิเศษ

5. ดูซึมลง เศร้าหมอง หรือร้องไห้บ่อยกว่าเดิม

6. เริ่มมีความยุ่งยากในการคิดเลข คิดเงิน หรือลําบาก มากขึ้นในการจัดการเรื่องเงินทอง

7. ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบทำ เช่น งานอดิเรกที่เคยทำ กิจกรรมสังคมที่เคยไป

8. เริ่มต้องมีคนช่วยเหลือในกิจกรรมประจำวัน เช่นการรับประทานอาหาร

9. หงุดหงิด อารมณ์เสียบ่อยขึ้น ช่างสงสัย เริ่มเห็น ได้ยิน เชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริง

10.เริ่มมีปัญหาเรื่องทิศทางเช่น ถ้าเคยขับรถก็หลงทางบ่อย จำทิศทางไม่ได้ขับรถอันตรายหรือเลิกขับรถไปเลย

11.มีความยุ่งยากลําบากในการหาคําพูดที่ต้องการจะพูด เรียกชื่อคนสิ่งของไม่ถูก พูดไม่จบประโยค

 **\*การแปลผล** หากตอบ มี (ใช่) มากกว่า 4 ข้อ ให้สงสัยว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ ถ้าท่านหรือญาติของท่านมีอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อม กรุณาปรึกษาแพทย์ประจําตัวของท่าน หรือ สถานพยาบาล หน่วยบริการ ปฐมภูมิใกล้บ้านท่าน)

**กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมให้ความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมดังนี้**

1. **การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด**

**2. ให้ความรู้เรื่องการเลือกกินสารอาหารต่างๆ ที่มีบทบาทสำคัญต่อการทำงานของสมอง**

2.1 กินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมครบ 5 หมู่

2.2 กินอาหารกลุ่มวิตามินบีได้แก่ วิตามินบี1 บี2 บี3 บี5 บี6 บี12 และโฟเลต ส่วนช่วยในการทำงานของระบบประสาทและสมอง อาหารที่มีกลุ่มวิตามินบีสูงได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ ตับ อาหารทะเล นมและผลิตภัณฑ์นม ผู้สูงอายุควรเลือกดื่ม นมรสจืดชนิดพร่องมันเนย ไข่ ข้าวกล้อง ธัญพืชไม่ขัดสีถั่วเมล็ดแห้ง ผัก ผลไม้

2.3 กินคาร์โบไฮเดรตที่ไม่ผ่านการขัดสีและธัญพืช - กินเนื้อปลาเป็นหลัก และเนื้อสัตว์อื่นเล็กน้อย

2.4 งดบุหรี่และลดปริมาณแอลกอฮอล์

2.5 การรับประทานอาหารที่มีความปลอดภัยไม่ปนเปื้อนสารโลหะหนักหรือสารเคมีต่างๆ

2.6 ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ วันละ 8 แก้ว

2.7 หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง อาหารทอด หวานจัด เค็มจัด

 **3. การหลีกเลี่ยงการใช้ยาไม่จำเป็นหรือใช้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้สมองถูกกระทบกระเทือน**

 **4. การเข้าสังคม พบปะพูดคุยกับผู้อื่นบ่อยๆ**

 **5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน รำมวยจีนฯ**

 **6. ตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอ**

 **7. ฝึกสติปัญญาโดยทำกิจกรรม และเล่นเกมฝึกสมอง เช่น**

7.1 เล่นหมากรุกหมากล้อมเล่น

7.2 เกมส์คอร์สเวิร์ด เกมส์บิงโก เกมส์จับคู่สิ่งของ-รูปภาพ

7.3 กิจกรรมเพลงประกอบ ท่าทางฝึกสมอง

7.4 ตาราง 9 ช่อง ฝึกสมองออกกําลังกาย

7.5 กิจกรรม บําบัดตามบริบทพื้นที่

\*ควรฝึกอย่างผ่อนคลาย ซึ่งต้องใช้ความคิด เซลล์สมองจะเจริญเติบโตมากขึ้นความสามารถในการจำก็จะดีขึ้นด้วย

**\*\*เอกสารความรู้** คู่มือไม่ลืม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย-ประชาชน กรมอนามัย

คู่มือแนวทางชะลอชรา ชีวายืนยาว (IWP) สำหรับผู้สูงอายุ กรมอนามัย

**๖. ระยะเวลาดำเนินการ** (ระบุเวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการ)
 เดือนมกราคม – กันยายน 2566 (ทุกวันอังคารและวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 07.30 – 08.30 น.)

**๗. สถานที่ดำเนินการ** (ระบุสถานที่ที่ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ)ณ ศาลาเอนกประสงค์ชุมชน

**๘. งบประมาณ** (แสดงยอดรวมงบประมาณทั้งหมดที่ใช้ในการดำเนินโครงการแหล่งที่มาและแยกรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนว่าเป็นค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง) จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร จำนวน 103,700.- บาท
รายละเอียด ดังนี้ - ค่าอาหารกลางวัน เป็นเงิน 54,000.- บาท (30 คน x 50 บาท/มื้อ x 36 ครั้ง)

 - ค่าตอบแทนผู้นำทำกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นเงิน 43,200.- บาท
 (2 คน x 600 บาท x 1 ชั่วโมง x 36 ครั้ง) - ค่าวัสดุ เครื่องเขียน แบบพิมพ์ (จ่ายตามจริง) เป็นเงิน 3,000.- บาท

- ค่าป้ายโปสเตอร์สาธิตท่าออกกำลังกาย เป็นเงิน 2,000.- บาท

- ค่าถ่ายเอกสารประกอบการอบรม เป็นเงิน 1,500.- บาท

 **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 103,700.- บาท
 (หนึ่งแสนสามพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)**

**๙. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**(ระบุประโยชน์ที่คิดว่าจะได้จากความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดโครงการ เป็นการระบุว่าใครจะได้รับผลประโยชน์และผลกระทบหรือมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องอะไรทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณและต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์)
 1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม

2. ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะของการออกกำลังกาย/กิจกรรมฝึกสมองที่เหมาะสม

**๑๐. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**(ผู้เสนอฯ ทำเครื่องหมาย 🗸ใน □ เพียงหัวข้อเดียวในข้อ ๑๐.๑ และ ๑๐.๒รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

 ***๑๐.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ*** *(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๖)* ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน............ชุมชนศิริเกษมรวมใจ 50 ..............

 ๑๐.๑.๑ **สถานบริการ**ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย
 หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่
 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพิ่มเติม

๑๐.๑.๒ **หน่วยบริการ** ได้แก่ สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๐.๑.๓ **หน่วยงานสาธารณสุข**ได้แก่ หน่วยงานของกรุงเทพมหานคร หรือหน่วยงานของรัฐที่มีภารกิจ

ด้านสาธารณสุขโดยตรงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่มิได้เป็นสถานบริการหรือหน่วยบริการ

เช่น สำนักอนามัย สำนักการแพทย์เป็นต้น

๑๐.๑.๔ **หน่วยงานอื่นของรัฐ**ได้แก่ หน่วยงานที่มิได้มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่อาจ

ดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคได้ในขอบเขตหนึ่ง เช่น สำนักงานเขต โรงเรียน สถาบันการศึกษา วัด เป็นต้น

๑๐.๑.๕ **ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน** ได้แก่ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

และคนพิการ หรือศูนย์ที่มีชื่ออย่างอื่น ซึ่งจัดตั้งโดยกรุงเทพมหานคร หรือที่คณะอนุกรรมการ

สนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร เห็นชอบ

🗹๑๐.๑.๖**องค์กรหรือกลุ่มประชาชน** ได้แก่ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชน หรือบุคคลที่มี

การรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ชมรม สมาคม มูลนิธิ หรือองค์กรที่เรียกชื่ออื่นตั้งแต่ ๕ คนขึ้นไป ที่ไม่มี

วัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาผลกำไร ทั้งนี้ จะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ได้

ชื่อองค์กร………….ชุมชนศิริเกษมรวมใจ 50 …….…….

 กลุ่มคน (ระบุ ๕ คน) ชื่อ – นามสกุล ดังนี้

1. ..........................................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน..............................................
2. ..........................................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน..............................................
3. ..........................................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน..............................................
4. ..........................................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน..............................................
5. ..........................................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน..............................................

 **๑๐.๒ ประเภทการสนับสนุน**(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๖)

๑๐.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๖(๑)]

 ๑๐.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๖(๒)]

๑๐.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๖(๓)]

๑๐.๒.๔ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๖(๕)]

 **๑๐.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก** (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)

๑๐.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

๑๐.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

๑๐.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

๑๐.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน

๑๐.๓.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

๑๐.๓.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๑๐.๓.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

๑๐.๓.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

**๑๐.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

๑๐.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

๑๐.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

๑๐.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๑๐.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

๑๐.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

๑๐.๔.๑.๘ อื่น ๆ (ระบุ) ...................................................................................................

๑๐.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

๑๐.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

๑๐.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

๑๐.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

๑๐.๔.๒.๘ อื่น ๆ (ระบุ) ...................................................................................................

๑๐.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

๑๐.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

๑๐.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

๑๐.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

๑๐.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑๐.๔.๓.๙ อื่น ๆ (ระบุ) ...................................................................................................

๑๐.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน

๑๐.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๔.๕การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

๑๐.๔.๔.๖ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

๑๐.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

๑๐.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑๐.๔.๔.๙ อื่น ๆ (ระบุ) ...................................................................................................

๑๐.๔.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

๑๐.๔.๕.๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๕.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๕.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๕.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🗹๑๐.๔.๕.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

๑๐.๔.๕.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

๑๐.๔.๕.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

๑๐.๔.๕.๘ อื่น ๆ (ระบุ) ...................................................................................................

๑๐.๔.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๑๐.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๖.๕การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๑๐.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

๑๐.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๑๐.๔.๖.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

๑๐.๔.๖.๙ อื่น ๆ (ระบุ) .....................................................................................................

๑๐.๔.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

๑๐.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๗.๕การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

๑๐.๔.๗.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

๑๐.๔.๗.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

๑๐.๔.๗.๘ อื่นๆ (ระบุ) ...................................................................................................

๑๐.๔.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๘.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

๑๐.๔.๘.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

๑๐.๔.๘.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

๑๐.๔.๘.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

๑๐.๔.๘.๕การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

๑๐.๔.๘.๖ อื่นๆ (ระบุ) ...................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ | ผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม |
|  |  (..............................................) |  |
| วัน .......... เดือน .................... พ.ศ. ……………..... |

**ปฏิทินการดำเนินงาน**

 **แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม** คัดกรอง และเสริมสร้างความรู้ผู้สูงวัยป้องกันภาวะสมองเสื่อม

| **กิจกรรม** | **วัน/เดือน/ปี** | **รายละเอียดกิจกรรม** | **ผลผลิต (out put)** | **ผลลัพธ์ (out come)** | **สถานที่/เวลา** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. โครงการคัดกรอง และเสริมสร้างความรู้ผู้สูงวัยป้องกันภาวะสมองเสื่อม  - จัดประชุมรายละเอียด การจัดโครงการ- สำรวจ ประชาสัมพันธ์และรับสมัครผู้สนใจเข้าร่วมโครงการในพื้นที่เป้าหมาย- จัดซื้อและจัดทำอุปกรณ์สำหรับกิจกรรมออกกำลังกายที่ใช้ในโครงการ จำนวน 25 ชุด-จัดทำคู่มือและสื่อสำหรับทำอุปกรณ์สำหรับกิจกรรมออกกำลังกายที่ใช้ในโครงการ จำนวน 25 ชุด- ดำเนินกิจกรรมตามโครงการคัดกรอง และเสริมสร้างความรู้ผู้สูงวัยป้องกันภาวะสมองเสื่อม- ติดตามประเมินผลโครงการทุก 3 เดือน- จัดทำรายงานผลการดำเนินโครงการ | พ.ย. – ธ.ค.6๕พ.ย. – ธ.ค.6๕ ม.ค. 66ม.ค. 66ม.ค. – ก.ย. 66มี.ค. 66ก.ย. 66 | - จัดประชุมคณะกรรมการ  เพื่อวางแผนการทำงานร่วมกัน แจ้งบทบาทพร้อมกำหนดรูปแบบรายละเอียดต่าง ๆ ในการดำเนินโครงการ ประชาสัมพันธ์ผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมายเพื่อรับเข้าร่วมโครงการดำเนินการจัดซื้อและจัดทำอุปกรณ์กิจกรรมออกกำลังกายที่ใช้ในโครงการดำเนินการจัดซื้อและจัดทำอุปกรณ์กิจกรรมออกกำลังกายที่ใช้ในโครงการ- ประเมินภาวะสมองเสื่อม คัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์- กิจกรรมให้ความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือจากวิทยากรหน่วยงานที่มีความชำนาญ- ประเมินภาวะสมองเสื่อม คัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Post-Test) ด้วยเครื่องมือจากวิทยากรหน่วยงานที่มีความชำนาญ- ดำเนินการลงพื้นที่ติดตามผล-จัดทำรายงานผลการดำเนินงานต่างๆของโครงการ  | ทีมงานเข้าร่วมประชุมครบ 5 คนจำนวนผู้สมัครโครงการในชุมชนจำนวน 25 คนอุปกรณ์กิจกรรมออกกำลังกายที่ใช้ในโครงการ จำนวน 25 ชุดคู่มือและสื่อการสอนที่ใช้ในโครงการ จำนวน 25 ชุดผลคะแนนการทดสอบความรู้ผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 25 คน ตามเป้าหมายผลคะแนนการทดสอบกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 25 คน ตามเป้าหมายผลคะแนนการทดสอบความรู้ผู้เข้าร่วมโครงการหลังการอบรมจำนวน 25 คน ตามเป้าหมาย- มีผู้เข้าร่วมจำนวน 25 คน - เอกสารรายงานผลการดำเนินโครงการจำนวน 1 เล่ม | ทีมงานเข้าใจในโครงการและวิธีการทำงานได้กลุ่มเป้าหมายตามจำนวนที่กำหนดของโครงการอุปกรณ์มีคุณภาพสำหรับใช้ในการออกกำลังกายคู่มือมีความสมบูรณ์เข้าใจง่ายต่อผู้ใช้งานกลุ่มเป้าหมายได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ทีมงานทราบถึงความสามารถในการร่วมทำกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการกลุ่มเป้าหมายมีผลทดสอบภาวะสมองชนิดอัลไซเมอร์หลังการอบรมเพิ่มขึ้นผลรายงานการติดตามผลลัพธ์โครงการ- รายงานโครงการมีความสมบูรณ์ครบถ้วน | ณ ศาลาเอนกประสงค์ชุมชน ณ ศาลาเอนกประสงค์ชุมชน ร้านขายอุปกรณ์ทำกิจกรรม ณ และศาลาเอนกประสงค์ชุมชน ศาลาเอนกประสงค์ชุมชนศาลาเอนกประสงค์ชุมชนศาลาเอนกประสงค์ชุมชนศาลาเอนกประสงค์ชุมชนศาลาเอนกประสงค์ชุมชนศาลาเอนกประสงค์ชุมชน | ประธานชุมชนฯ และกรรมการชุมชนฯประธานชุมชนฯ และกรรมการชุมชนฯประธานชุมชนฯ และกรรมการชุมชนฯประธานชุมชนฯ และกรรมการชุมชนฯประธานชุมชนฯ และกรรมการชุมชนฯประธานชุมชนฯ และกรรมการชุมชนฯประธานชุมชนฯ และกรรมการชุมชนฯประธานชุมชนฯ และกรรมการชุมชนฯประธานชุมชนฯ และกรรมการชุมชนฯ |

**ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม** (สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม....................................................................

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร/คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต....................... ครั้งที่ ............./……….....…… เมื่อวันที่.................................ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**ไม่อนุมัติงบประมาณ** เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เนื่องจาก (ระบุ)........................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ................................................................ |  |
|  | (.............................................................) |  |
| วัน .......... เดือน .................... พ.ศ. .......... |

๘