

แบบ

การสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในระดับพื้นที่

เล่ม

2

คนพิการ
วัยสูงอายุ
วัยผู้ใหญ่



ครอบครัว
การเขียนโครงการ

ได้รับทุนอุดหนุนภายใต้



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณาธิการ

รัชณี สรรเสริญ

เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ

วรรณรัตน์ ลาวัณ

สร้างสรรค์และพัฒนาโดย

แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่วมกับ

ศูนย์ประสานงานเครือข่ายวิจัยประเมินโครงการ ภายใต้

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ปฐมวัย วัยเรียน วัยผู้ใหญ่ จนถึงวัยชรา
ปัญหาร่างกาย อารมณ์ สังคม
มีการเปลี่ยนแปลงเติบโต
จนความเสื่อมถอยไปตามวัย
เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หนังสือเล่มนี้จึงเป็นเหมือนเพื่อน
คอยแนะนำและให้คำปรึกษา
ผู้นำส่วนท้องถิ่นในการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ
ให้ชุมชนที่ตนรัก



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



คู่มือนักจัดโครงการ เล่ม 2

สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

ในระดับพื้นที่



เมนู

การสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในระดับพื้นที่

เล่ม

2

สร้างสรรค์และพัฒนาโดย

แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่วมกับ

ศูนย์ประสานงานเครือข่ายวิจัยประเมินโครงการ

ภายใต้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ปรึกษา

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

จเร วิชาไทย

อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์

บรรณาธิการ

รัชณี สรรเสริญ

เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ

วรรณรัตน์ ลาวัณ

คณะผู้เรียบเรียง

รัชณี สรรเสริญ

เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ

วรรณรัตน์ ลาวัณ

นฤมล อีระรังสิกุล

จิรพรรณ โพธิ์ทอง

สมพร รักความสุข

ณัชชาภิญญ์ ด้วงมั่ง

อนิชา ทศนาอนชัย

พิมพ์ใจ ลังการพันธุ์



ได้รับทุนอุดหนุนภายใต้

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จากการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ และถอดบทเรียนผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ พบว่า ศักยภาพของแต่ละกองทุนมีความแตกต่างกันในวิธีการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยทั้งด้านความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน ความกังวลในการใช้งบประมาณ และภาวะผู้นำของผู้บริหารกองทุน กองทุนที่มีผู้นำที่เข้มแข็งมีทั้งที่ดำเนินการได้ดีและดำเนินการไม่ประสบความสำเร็จ หรือผู้นำที่ไม่เข้มแข็งแต่มีเงินไม่ทราบว่าจะเอาเงินไปทำอะไร ไม่รู้ว่าจะทำโครงการอะไร ในหลายพื้นที่มีความคิดริเริ่มใหม่ จัดโครงการและกิจกรรมได้ดีตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ เกิดประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน แต่อีกจำนวนมากมีปัญหาในเรื่องไม่ทราบว่าประชาชนในแต่ละกลุ่มเป้าหมายนั้นมีปัญหาอะไร ต้องจัดโครงการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอะไร

วัตถุประสงค์ในการจัดทำเพื่อพัฒนาเมนูการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ สำหรับเป็นแนวทางในการดำเนินการจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

คำว่า “เมนู” หมายถึง รายการความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้แก่ กลุ่มหญิงมีครรภ์และหลังคลอด เด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ ครอบครัวและชุมชน พร้อมตัวอย่างโครงการนำทางสู่เมนูการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มต่างๆ

วิธีการดำเนินงานการพัฒนาเมนูการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. สัมภาษณ์การดำเนินงานการจัดทำโครงการต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่จากผลงานวิจัย
2. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีเอกสารที่เกี่ยวข้อง
3. ลงพื้นที่ทำสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกกับกลุ่มคณะกรรมการกองทุน ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคคลที่เกี่ยวข้อง
4. ร่าง และออกแบบต้นฉบับเมนู
5. จัดสัมมนาผู้ใช้เมนูโดยมีผู้เข้าร่วมสัมมนาประกอบด้วย คณะกรรมการกองทุน ตัวแทนประชาชน บุคลากรสาธารณสุข และนักวิชาการโดยให้กลุ่มผู้เข้าร่วมสัมมนาวิพากษ์เนื้อหา รูปแบบ และประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

6. นำข้อเสนอจากกลุ่มสัมมนาไปปรับแก้ รายละเอียด เนื้อหา รูปแบบ วิธีการนำเสนอ

7. จัดสัมมนาผู้ใช้เมนูครั้งที่ 2 โดยกลุ่มผู้เข้าร่วมสัมมนาเป็นกลุ่มเดิม และมีคณะกรรมการกองทุนที่ไม่ได้เข้าร่วมในครั้งแรกมาร่วมวิพากษ์ด้วย

8. นำข้อเสนอจากกลุ่มสัมมนาไปปรับแก้ทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบ และการนำเสนอ

9. จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้เชี่ยวชาญอ่านและนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ไข

สาระสำคัญของเมนูการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ คณะผู้จัดทำจัดพิมพ์แยกเป็นหนังสือ 2 เล่ม คือ

เล่มที่ 1 เมนูการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ 1 มีสาระสำคัญดังนี้

- **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน** มีเนื้อหาเกี่ยวกับ แนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องดูแล บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

- **เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด** มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของหญิงตั้งครรภ์ แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของมารดาหลังคลอด ตัวชี้วัดที่ควรรู้ แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด

- **เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเด็กปฐมวัย** มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (แรกเกิด-5 ปี) สถานการณ์สุขภาพ ความเสี่ยง และปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กปฐมวัย ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัย แนวทางการดูแลเด็กปฐมวัย โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพเด็กปฐมวัย

- **เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียน** มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กวัยเรียน สถานการณ์สุขภาพ ความเสี่ยง และปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กวัยเรียน ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพของเด็กวัยเรียน แนวทางการดูแลเด็กวัยเรียน โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพวัยเรียน

- **เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับวัยรุ่น** มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของวัยรุ่น สถานการณ์สุขภาพ ความเสี่ยง และปัญหา ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพของวัยรุ่น แนวทางการดูแลวัยรุ่น โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพวัยรุ่น

เล่มที่ 2 เมนูการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ 2 มีสาระสำคัญดังนี้

- **เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับวัยผู้ใหญ่** มีเนื้อหาเกี่ยวกับ เรียนรู้สู่วัยผู้ใหญ่ การปรับตัวในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สิ่งที่ต้องรู้ในวัยกลางคน ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่มักเกิดในวัยผู้ใหญ่ ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ แนวทางการดูแลผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปี ถึง 59 ปี) ในชุมชน โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพวัยผู้ใหญ่

- **เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับวัยผู้สูงอายุ** มีเนื้อหาเกี่ยวกับ วัยผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ การเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ สิทธิของผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพผู้สูงอายุ

- **เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการและทุพพลภาพ** มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงในคนพิการ ประเภทของความพิการ ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนพิการ ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยการปรับตัวของคนพิการ แนวทางการดูแลคนพิการในชุมชน สิทธิคนพิการ เครือข่ายในการดูแลคนพิการ โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพคนพิการ

- **เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครอบครัวและชุมชน** มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว ตัวชี้วัดความสำเร็จ ครอบครัวจะเข้มแข็งได้อย่างไร บทสรุปของครอบครัวเข้มแข็ง ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน ตัวชี้วัดความสำเร็จ เราจะดูแลสุขภาพชุมชนอย่างไร บทสรุปของครอบครัวเข้มแข็ง โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพครอบครัวและชุมชน

- **แนวทางการเขียนและประเมินโครงการ** มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การเขียนโครงการ ความหมายของโครงการ ลักษณะของโครงการที่ดี คำถามในการเขียนโครงการ ตัวอย่างโครงการ

การนำไปใช้ประโยชน์ เมนูที่พัฒนาขึ้นจะเกิดประโยชน์สำหรับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นระดับพื้นที่ นำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับคณะกรรมการกองทุนที่จะศึกษาความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และนำไปเป็นเครื่องมือในการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพให้ชุมชนได้

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ก

เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับวัยผู้ใหญ่

1

- เรียนรู้ผู้ใหญ่วัยผู้ใหญ่ 3
- การปรับตัวในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น 4
- สิ่งที่ต้องรู้ในวัยกลางคน 5
- ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่มักเกิดในวัยผู้ใหญ่ 8
- ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ 11
- แนวทางการดูแลผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปี ถึง 59 ปี) ในชุมชน 13
- โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพวัยผู้ใหญ่ 16
- บรรณานุกรม 51



เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับวัยผู้สูงอายุ

53

- วัยผู้สูงอายุ 55
- การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ 55
 - ด้านร่างกาย 55
 - ด้านจิตใจและอารมณ์ 57
 - ด้านสังคม 57
- ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ 58
- การเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ 60
- สิทธิของผู้สูงอายุ 60
- กิจกรรมส่งเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี 61
- แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ 62
 - การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 62
 - การเสริมสร้างสุขภาพ 63
- โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพผู้สูงอายุ 64
- บรรณานุกรม 75



เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการ

และทพพลาภาพ

77

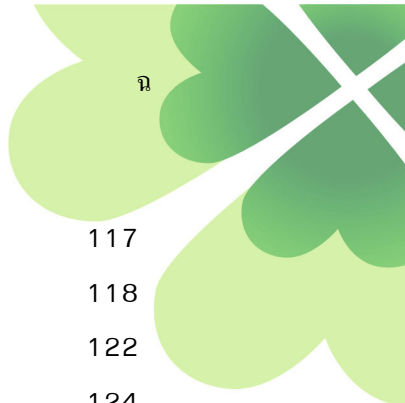


- คนพิการ 79
- การเปลี่ยนแปลงในคนพิการ 79
- ประเภทของความพิการ 80
- ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนพิการ 82
- ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยการปรับตัวของคนพิการ 85
- แนวทางการดูแลคนพิการในชุมชน 87
- สิทธิคนพิการ 88
- เครือข่ายในการดูแลคนพิการ 90
- โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพคนพิการ 91
- บรรณานุกรม 106



เมนูการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครอบครัวและชุมชน 107

- ครอบครัว 109
- ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว 110
- ตัวชี้วัดความสำเร็จ 113
- ครอบครัวจะเข้มแข็งได้อย่างไร 114
- บทสรุปของครอบครัวเข้มแข็ง 115
- ชุมชน 116



• ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	117
• ตัวชี้วัดความสำเร็จ	118
• เราจะดูแลสุขภาพชุมชน อย่างไร	122
• บทสรุปของครอบครัวเข้มแข็ง	124
• โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพครอบครัวและชุมชน	125
• บรรณานุกรม	141
แนวทางการเขียนและประเมินโครงการ	143
• การเขียนโครงการ	145
• ความหมายของโครงการ	146
• ลักษณะของโครงการที่ดี	146
• คำถามในการเขียนโครงการ	147
• ตัวอย่างโครงการ	155
ดัชนี	167
ภาคผนวก	173



เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับ
วัยผู้ใหญ่



แบบูสร้างเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่

ผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 25 - 40 ปี)
ช่วงวัยที่ร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่
มีวุฒิภาวะพร้อมสมบูรณ์

วัยกลางคน (อายุ 41 - 59 ปี)
ช่วงวัยที่ร่างกายเริ่มมี
ความเสื่อมถอยลง

ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ

การเจ็บป่วย
ด้วยโรคเรื้อรัง

พฤติกรรม
ไม่เหมาะสม

สิ่งแวดล้อม
ไม่เหมาะสม

การปรับตัวตาม
พัฒนาการไม่เหมาะสม

การตรวจ
คัดกรองโรคและ
การดูแลรักษา
โรคเรื้อรัง

การประเมินพฤติกรรม
เสี่ยงและปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม
ที่ไม่เหมาะสม

การประเมิน
สิ่งแวดล้อมและ
พัฒนาสิ่งแวดล้อม
ที่เหมาะสม

การส่งเสริมการ
ปรับตัวตาม
พัฒนาการ
อย่างเหมาะสม

โครงการนำทาง

1. การเฝ้าระวังโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง
2. การตรวจสุขภาพเฝ้าระวังโรคกระเพาะ
3. การเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน
4. เราไม่หวั่นกับโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
5. สู้อภัยกับมะเร็ง
6. การพัฒนาสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
7. การพัฒนาสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
8. การสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วย

โครงการนำทาง

9. ทางไกลบนหิ้ง
10. ลดสูรา ชีวสดชื่น
11. ลดการใช้สารเสพติด
12. กินอย่างไร ให้สมดุล
13. ออกกำลังกายวันละนิด พิชิตโรค
14. ชีวิตนี้ดี ถ้าไม่มีเครียด
15. อุบัติเหตุป้องกันได้ ถ้าใส่ใจ
16. เช็กส์เรื่องที่ไม่ควรมองข้าม
17. ทุบตีกับเบอร์วัน To be Number 1 แอโรบิคแดนซ์วัยทำงาน

โครงการนำทาง

18. บ้านน่าอยู่ น่าดูน่ามอง
19. การเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม ในสถานที่ทำงาน

โครงการนำทาง

20. การเตรียมความพร้อมก่อนดูกับงาน
21. ชีวิตคู่ มีความสุขเมื่อเตรียมพร้อม
22. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยทอง
23. เตรียมตัวอย่างไรเมื่อใกล้วัยชรา

เมนูสร้างเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่

วรรณรัตน์ ลาวัณ

รัชณี สรรเสริญ

เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ

เรียนรู้สู่วัยผู้ใหญ่

จากเด็กเป็นผู้ใหญ่... ตอนเราเป็นเด็ก

เราอยากจะเป็นผู้ใหญ่ที่แข็งแรง อยากจะทำในสิ่งที่ผู้ใหญ่ทำได้ ทั้งอยากทำงาน อยากมีเงิน อยากไปเที่ยว แต่ด้วยความที่เป็นเด็ก พ่อแม่ก็จะบอกเราว่า “ไว้ให้หนูโตเป็นผู้ใหญ่ก่อนนะลูก...แล้วค่อยทำ” จนมาถึงวันนี้ วันที่เราโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ สมใจ เราจะทำอะไรดีนะ เพื่อตัวของเรา...

ผู้ใหญ่คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 21 ถึง 59 ปี ที่แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 21 - 40 ปี) และวัยผู้ใหญ่กลางคน (อายุ 41 - 59 ปี)



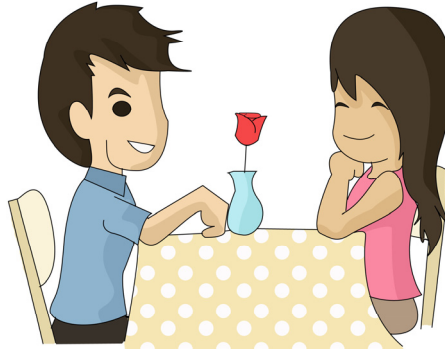
สิ่งที่ควรรู้ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

การเปลี่ยนแปลงของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงวัยที่คนหนึ่งนั้นเจริญเติบโตสมบูรณ์เต็มที่ หรืออาจเรียกว่าเป็นวัยฉกรรจ์ มีวุฒิภาวะพร้อมที่จะดำเนินชีวิตในสังคมทุกด้าน สามารถสรุปการพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ ดังนี้

ร่างกายของผู้ใหญ่ตอนต้น ทั้งเพศหญิงและเพศชายในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะมีความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย เนื่องจากอวัยวะต่างๆ มีพัฒนาการเต็มที่ และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด อาทิ เซลล์สมองเจริญและมีน้ำหนักสูงสุด ไตมีขนาดโตที่สุด ความสูงเต็มที่ กล้ามเนื้อจะทำงานอย่างคล่องแคล่วว่องไว รวมทั้งระบบอวัยวะสืบพันธุ์ที่พร้อมสำหรับการให้กำเนิดบุตร

จิตใจและอารมณ์ของผู้ใหญ่ตอนต้น วัยนี้เป็นวัยที่เริ่มรู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น ทำอะไรก็คิดถึงความรู้สึกของคนอื่น ใช้เหตุผลในการแก้ไขปัญหา มีความมั่นคงทางอารมณ์ โดยจะหาความสุขให้กับตัวเองมากขึ้น เริ่มมีความรักที่จริงจัง และอยากแต่งงานใช้ชีวิตคู่กับคนที่ตนรัก



สังคมของผู้ใหญ่ตอนต้น

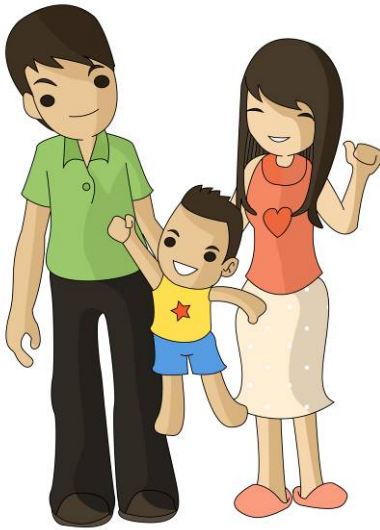
ช่วงวัยเวลานี้วัยผู้ใหญ่จะได้แสดงความสามารถของตัวเองออกมาอย่างเต็มที่ เห็นได้จากการทำงาน การทำตามระเบียบของสังคม วัยนี้จะรู้จักเสียสละเพื่อส่วนรวม สังคมของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีหลายกลุ่ม โดยมากมักจะเป็นเพื่อนร่วมงาน คนรัก คู่ครอง และญาติพี่น้อง ทำให้มีกิจกรรมมากมาย เช่น หลังเลิกงานจะมีการเลี้ยงสังสรรค์ ไปเที่ยว เป็นต้น

สติปัญญาของผู้ใหญ่ตอนต้น วัยนี้เป็นวัยที่มีความสามารถทางสติปัญญาสมบูรณ์ที่สุด หรือเรียกง่ายๆ ว่า “วัยไหน ๆ ก็ไม่ฉลาดเท่า” มีความคิดที่เป็นระบบวางแผน รู้ว่าอะไรควรทำก่อน ทำหลัง มีเหตุผล รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ตลอดจนรู้ผลลัพธ์ของสิ่งที่ทำลงไป และสามารถแก้ไขเรื่องที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้ดี

การปรับตัวของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

เมื่อชีวิตของคนเราก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่อย่างเต็มตัว ภาระหน้าที่ที่มาพร้อมกับการก้าวเดินบนเส้นทางของชีวิต แต่ละคนล้วนมีจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกันออกไป จากการพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น นำไปสู่การปรับตัวกับบทบาทใหม่ในชีวิต ดังนี้

การปรับตัวกับชีวิตการทำงาน วัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะมีการวางแผนการประกอบอาชีพที่มีความเหมาะสมกับตนเอง โดยต้องปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน รวมถึงลูกค้าหรือผู้รับบริการ ซึ่งจะต้องพร้อมเผชิญกับปัญหา และหาหนทางแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น



การปรับตัวกับชีวิตคู่ วัยนี้จะให้ความสำคัญและความสำคัญกับความรักอย่างจริงจัง โดยหวังที่จะใช้ชีวิตคู่และสร้างครอบครัวร่วมกัน ดังนั้นเมื่อบุคคลสองคนตกลงใจแต่งงานหรือใช้ชีวิตร่วมกัน จึงจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับบทบาทชีวิตของอีกฝ่ายหนึ่ง (สามี ภรรยา) แต่ทั้งนี้ก็ต้องไม่ลืมที่จะดูแลครอบครัวเดิมของแต่ละคนอีกด้วย ซึ่งในระยะแรกอาจต้องมีการปรับตัวอย่างมาก หากปรับตัวได้ดี ชีวิตคู่ก็จะมีความสุข และจะส่งเสริมให้ชีวิตในด้านอื่นๆ มีความสุขด้วย

การปรับตัวกับชีวิตการเป็นบิดามารดา การมีบุตรทำให้วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเกิดการเรียนรู้ถึงความรักอีกรูปแบบหนึ่งคือ ความรักที่มีแต่การให้โดยไม่หวังสิ่งใดตอบแทน เมื่อรับบทบาทของการเป็นบิดามารดาจึงหมายถึงหน้าที่และความรับผิดชอบต่อชีวิตน้อยๆ ที่เกิดขึ้นมา จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมและปรับตัวอย่างมาก โดยเฉพาะในผู้หญิงที่เป็นมารดา อาจประสบกับความยากลำบากในการปรับตัวในระยะแรก บิดาจึงจำเป็นต้องช่วยมารดาเลี้ยงดูบุตร

การปรับตัวกับชีวิตโสด ปัจจุบันมีคนจำนวนไม่น้อยที่ไม่ต้องการที่จะมีชีวิตคู่ อาจมีสาเหตุมาจากการให้เวลาทั้งหมดกับงาน มีความภาคภูมิใจในตนเองอย่างมาก หรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีชีวิตคู่ การปรับตัวในชีวิตโสดจึงมักเข้าหาเพื่อนที่เป็นโสดเช่นเดียวกัน หากครอบครัว หรือเลี้ยงสัตว์เลี้ยงเป็นเพื่อนทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการที่จะปกป้อง ดูแลผู้ที่อ่อนแอกว่า

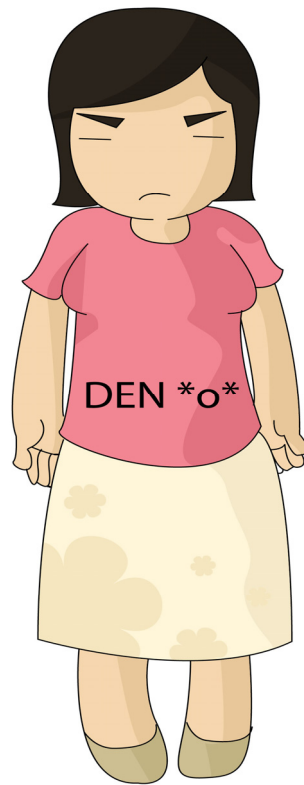
สิ่งที่ควรรู้ในวัยกลางคน

การเปลี่ยนแปลงของวัยกลางคน

วัยกลางคนเป็นช่วงวัยที่ร่างกาย เริ่มมีความเสื่อมถอย ทั้งในด้านด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา ซึ่งสามารถสรุปการเปลี่ยนในวัยกลางคนได้ ดังนี้

ร่างกายของวัยกลางคน ในวัยนี้ร่างกายจะเริ่มเสื่อมถอย ดังเช่น

- การสร้างกระดูกเกิดขึ้นน้อยมาก ทำให้กระดูกเริ่มมีการเปราะบางและหักง่าย บางคนดูเตี้ยลงเนื่องจากโครงสร้างกระดูกหดตัว
- สายตาจะยาวขึ้น การลิ้มรสและการได้กลิ่นต่างๆลดลง บางคนมีอาการหูตึง หรือการได้ยินเสียงแหลมจะเสีย ทำให้ได้ยินชัดเฉพาะเสียงทุ้ม
- ผนังเส้นเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง มีไขมันมาเกาะทำให้มีโอกาสน้ำตาลในเลือดตีบตันสูง การหมุนเวียนโลหิตไม่สะดวก และความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าเดิม
- การย่อยอาหารและการดูดซึมสารอาหารลดต่ำลง ยิ่งหากคนวัยนี้มีการออกกำลังกายก็จะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องและสะโพก
- ผิวหนังเริ่มเหี่ยวเหี่ย หยับ ไม่เต่งตึง โดยเฉพาะบริเวณรอบตา เนื่องจากต่อมไขมันทำงานน้อยลง และผมเริ่มร่วงและมีสีขาว เนื่องจากสารเมลานินมีจำนวนลดลง
- มีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนเพศ ส่งผลต่อรังไข่ในเพศหญิง และอัณฑะในเพศชาย แต่ทั้งนี้ผู้หญิงจะเปลี่ยนแปลงเร็วกว่าเพศชาย เกิดภาวะที่เรียกว่า “วัยทอง”



จิตใจและอารมณ์ของวัยกลางคน

วัยกลางคนมีลักษณะบุคลิกภาพค่อนข้างคงที่ ไม่ถือทิฐิ ส่วนตน แต่จะใช้ประสบการณ์ในการแก้ปัญหา บางคนอาจมีความรู้สึกอยากกลับไปเป็นหนุ่มสาว หรือมีอาการเหงา และเศร้า จากการทำงาน จากการที่บุตรเริ่มมีครอบครัวใหม่ หรือจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น บิดา มารดา หรือคู่สมรส หรือแม้กระทั่งการผิดหวังจากบุตร เป็นต้น

สังคมของวัยกลางคน

วัยนี้จะเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จสูงสุดในอาชีพ ก่อให้เกิดความปลื้มปิติ มองเห็นคุณค่าของตนเอง จะรู้จักการแบ่งปันต่อบุคคลอื่นๆ โดยเฉพาะกับบุคคลที่เขารักยิ่งกว่า สังคมของคนวัยกลางคนคือ ที่ทำงานและบ้าน กลุ่มผู้ร่วมอาชีพ หรือลูกหลานในครอบครัว

สติปัญญาของวัยกลางคน ด้วยประสบการณ์ ความรู้ และความรับผิดชอบ จึงทำให้ความคิดมีหลายแบบ ทั้งเรียบง่าย พลิกแพลง แหวกแนว คิดถึงความคุ้มค่ากับเวลา ความเป็นเหตุเป็นผล และมีความสามารถในการจัดการกับข้อขัดแย้งต่างๆ ได้ดี

การเผชิญวิกฤตชีวิตวัยกลางคน

เมื่อบุคคลก้าวข้ามจากวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเข้าสู่วัยกลางคน จะมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงชีวิตมากมาย นำไปสู่การปรับตัวและรับบทบาทใหม่ในชีวิต ดังนี้

การเผชิญวิกฤตชีวิตการทำงาน ตำแหน่งงานที่สูงขึ้นหรือเริ่มเป็นผู้บริหาร บางคนสามารถปรับตัวได้ดี บางคนไม่สามารถปรับตัวได้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สืบเนื่องจากการทำงาน ประกอบกับวัยนี้จะเข้าสู่วัยใกล้เกษียณอายุการทำงาน บางคนจะรู้สึกท้อแท้ รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า อาจมีอาการซึมเศร้าได้

การเผชิญวิกฤตชีวิตครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาครอบครัวและไม่สามารถแก้ปัญหาได้ มักจะทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวส่งผลให้เกิดการหย่าร้างตามมา การหย่าร้างส่งผลให้เกิดภาวะเครียดในระดับที่สูงมาก และเป็นเรื่องของความสูญเสียอย่างรุนแรงถึงขั้นเป็นภาวะวิกฤตทางอารมณ์

การเผชิญวิกฤตชีวิตวัยทอง ทั้งเพศชายและเพศหญิงจะเข้าสู่ชีวิตวัยทองด้วยกันทั้งสิ้น แต่ทั้งนี้จะมีอาการมากน้อยแตกต่างกันกันไป หรือบางคนไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใดเลยก็ได้

- **ผู้หญิงวัยทอง** หญิงวัยหมดประจำเดือนหรือสตรีวัยทองจะเริ่มหมดประจำเดือนเมื่ออายุประมาณ 45-55 ปี ของฝากจากวัยทอง ทำให้ผิวแห้งเหี่ยว หย่อนยาน และมีริ้วรอยอาจเกิดอาการกระดูกพรุน เพราะฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงทำให้กระดูกเกิดการทำลาย ถ้าหากล้มอาจทำให้กระดูกสะโพกหักได้ง่าย

แบบนี้แหละ ที่เรียกว่าวัยทอง

อาการของคนวัยทอง มักจะวิตกกังวลว่าตนไม่แข็งแรง ไม่มีความสุขทางเพศ กลัวสามีจะทอดทิ้ง ใจน้อย ขี้รำคาญ ตื่นเต้น ตกใจง่าย เหงื่อแตกง่าย ร้อนชุ่มตามผิว

กาย อ่อนเพลีย หดแรงแรง เจ็บตามข้อต่างๆ ประจำเดือนมากระปริบกระปรอยหรือ ผิดปกติไป นอนไม่หลับ เจ็บบริเวณเต้านม มึนงง วิงเวียนศีรษะ ใจสั่น ใจเต้นแรง ท้องผูก กลัว หายใจขัด ความจำไม่ดี สมาธิเสื่อม ซาและเป็นเหน็บ ตามผิวหนังมือและเท้า ตา พร่า มีเสียงหึ่งๆ ในหู น้ำลายมาก ท้องอืด หาว เรอ

ระวังจะเป็นโรคจิต หญิงวัยทองอาจมีอาการโรคจิตชนิดที่เรียกว่า โรคเศร้าในวัย ต่อ ผู้หญิง คือ ประจำเดือนหยุดไปทันที พวกนี้มักมีอาการต่างๆ ข้างต้นรุนแรง แต่ใน คนที่ประจำเดือนค่อยๆ หดไปทีละน้อย จะมีอาการต่างๆ น้อย ผู้หญิงที่ประจำเดือนมา ปกติ จะผ่านช่วงวัยทองได้อย่างสบายหรือง่ายขึ้น



- **ผู้ชายวัยทอง** ในเพศชายก็มีวิกฤต วัยทอง ทั้งนี้เนื่องจากภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย (แอนโดรเจน) ลดลง อาการก็จะคล้ายๆ กับสตรี วัยทอง แต่ที่สำคัญคือ สมรรถภาพทางเพศของ ชายค่อยๆ ลดลง ทำให้ชายวัยนี้กังวลว่าตนเอง กำลังจะหมดสมรรถภาพทางเพศ เกิดความรู้สึก หงุดหงิด โกรธง่าย จุนเจียวยากขึ้น

ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในวัยผู้ใหญ่

โรคที่มักเกิดในวัยผู้ใหญ่

โรคที่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ส่วนมากเกิดจากลักษณะการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้บั่นทอนสุขภาพเป็นอย่างมาก และนำไปสู่โรคเป็นสาเหตุให้เกิดการตาย ด้วยโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคโรคเรื้อรัง ที่เปรียบเสมือน “ฆาตกรเงียบ”

โรคหัวใจ สาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สาเหตุจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกาย ทำให้ไขมันในเลือด สูง และอ้วน ประกอบกับดื่มสุรา สูบบุหรี่ และภาวะเครียด ทำให้ปัจจุบันอัตราการรักษาตัว ของผู้ป่วยโรคหัวใจเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2540 ถึง 5.35 เท่า

โรคความดันโลหิตสูง เป็นภัยเงียบที่คุกคามชีวิตคน เนื่องจากโรคนี้มักไม่มีอาการเตือน ทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคไต โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคอัมพาต ที่เพิ่มขึ้น 2.75 เท่า โดยปัจจุบันอัตราการพักรักษาตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2540 ถึง 4.95 เท่า

โรคเบาหวาน สามารถพบได้ในคนทุกเพศทุกวัย แต่จะพบมากในคนที่อายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป ปัจจุบันอัตราการพักรักษาตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2540 ถึง 4.40 เท่า

โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยและนับวันยิ่งเพิ่มจำนวนมากขึ้น ปี 2550 มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน โดยมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศชายคือ มะเร็งตับ รองลงมาคือ มะเร็งปอด ขณะที่ผู้หญิงเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งเต้านม

โรคเอดส์ เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิต โดยกลุ่มอายุที่ป่วยโรคเอดส์มากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 30-34 ปี รองลงมาอายุ 25-29 ปี และอายุ 35-39 ปี ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม



โรคจิตประสาท สำหรับปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย ในขณะนี้ถือว่าอยู่ในขั้นน่าเป็นห่วง เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือคนบ้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 1.8 เนื่องจากมีผู้ติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบโรคซึมเศร้าซึ่งพบบ่อยและเกิดขึ้นได้ง่าย ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย และคนไทยยังมีความเครียดถึงเกือบร้อยละ 20 ทั้งจากปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น

อุบัติเหตุการจราจร มอเตอร์ไซค์ยังเป็นยานพาหนะที่ประอุบัติเหตุสูงสุด รองลงมาคือ รถส่วนบุคคลและรถจักรยานยนต์ สาเหตุเนื่องมาจากขับเร็ว โดยเฉพาะการขับเร็วในเวลากลางคืน วันเสาร์-อาทิตย์ ช่วงเวลาฝนตก ร่วมกับการดื่มสุราขณะขับขี่

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของวัยผู้ใหญ่

ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2547 หรือภาระโรค 10 อันดับแรกเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมแทบทั้งสิ้น อาทิเช่น

- รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น เค็มจัด หวานจัด ไขมันสูง ทำให้อ้วนหรือมีดัชนีมวลกายสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน
- ขาดการออกกำลังกาย
- มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย
- ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาแดง เป็นต้น
- สูบยาสูบ เช่น บุหรี่ ยาเส้น เป็นต้น
- ป้องกันอุบัติเหตุไม่เหมาะสม เช่น ขับรถด้วยความเร็วสูง ไม่รักษากฎจราจร ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น
- จัดการความเครียดไม่ได้หรือไม่เหมาะสม
- ขาดการตรวจสุขภาพประจำปีและตามความเสี่ยง



(สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549)

สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมของวัยผู้ใหญ่

สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน...ที่ไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพและยังอาจเป็นภัยคุกคามสุขภาพ ได้แก่ มลพิษต่างๆ เช่น มลพิษทางน้ำ ทางอากาศ ทางเสียง เป็นต้น

สภาพที่อยู่อาศัยหรือบ้าน...ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากมีสัตว์และแมลงนำโรค ตลอดจนอุบัติเหตุภายในบ้าน

การปรับตัวตามพัฒนาการไม่เหมาะสม

นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่ยังมีความเสี่ยงในการปรับตัวเข้าสู่ชีวิตการทำงาน ชีวิตคู่ บทบาทบิดา-มารดา วัยทอง ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยชรา

ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพของวัยผู้ใหญ่

ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ช่วงแผนฯ10 ปี 2550-2554	กรมอนามัย ปี 2552	งานสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคของสปสช. ปี 2552
- ร้อยละของคนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี 	- ร้อยละของชายไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีรอบเอวไม่เกิน 90 ซม. - ร้อยละของหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีรอบเอวไม่เกิน 80 ซม. - ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวัดรอบเอวปีละ 2 ครั้ง - ร้อยละประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวานตามมาตรฐาน - ร้อยละของสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ผ่านการประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง	- ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยง - ร้อยละของผู้ที่มีภาวะ Pre- DM ที่ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในเกณฑ์ปกติ - ร้อยละของผู้ที่มีภาวะ Pre-HT ที่ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีผล BP อยู่ในเกณฑ์ปกติ - ร้อยละสตรีอายุ 35,40,45,50,55,60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก - ร้อยละผู้ป่วยที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการตรวจรักษาตามแนวทางการส่งต่อ

ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ช่วงแผนฯ 10 ปี 2550-2554	กรมอนามัย ปี 2552	งานสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคของ สปสช. ปี 2552
- ร้อยละของคนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที - ร้อยละของคนในครัวเรือนไม่ติดสุรา - ร้อยละของคนในครัวเรือนไม่สูบบุหรี่ - ร้อยละของคนในครัวเรือนกินอาหารถูกสุขลักษณะปลอดภัยและได้มาตรฐาน - ร้อยละของคนในครัวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้อง	- ร้อยละของคนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที	- ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยง - ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่ได้รับการปรึกษาเพื่อลด/เลิกบุหรี่
- ร้อยละของครัวเรือนที่มีที่อยู่อาศัยสภาพคงทนถาวร มีและใช้ส้วมถูกหลักสุขาภิบาล การจัดบ้านเรือนบริเวณบ้าน ไม่ถูกรบกวนการมลพิษ		

แนวทางการดูแลวัยผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปี ถึง 59 ปี) ในชุมชน

การคัดกรองโรคเบื้องต้นและดูแลรักษาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังของวัยผู้ใหญ่

การตรวจคัดกรองโรค เป็นการประเมินภาวะสุขภาพวัยผู้ใหญ่เบื้องต้นในโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ และค้นหาผู้ป่วยในระยะแรกเริ่ม

การประสาน ส่งต่อ และสนับสนุนการดูแลรักษาเบื้องต้น ในรายที่มีความผิดปกติของโรค โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพ เพื่อให้การรักษาอย่างทันที่ที่อาการไม่ลุกลาม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับผู้ป่วย

การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่บ้าน รวมทั้งการพัฒนาระบบการดูแลเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง



การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการประเมินความเหมาะสมของแบบแผนการดำเนินชีวิต (The Lifestyle) ในวัยผู้ใหญ่ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การป้องกันอุบัติเหตุ การจัดการความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยปรับจากพฤติกรรมเดิม ได้แก่ ลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และใช้สารเสพติด ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสม ไม่หวานจัด เค็มจัด ไขมันต่ำสูง และมีกากใยอาหารสูง เพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกาย การสวมหมวกกันน็อค คาดเข็มขัดนิรภัย ขับขี่ปลอดภัย ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และสนับสนุนการจัดการความเครียดที่เหมาะสม



การประเมินสิ่งแวดล้อมและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

การประเมินสภาพแวดล้อม เป็นการสำรวจสิ่งแวดล้อมรอบตัววัยผู้ใหญ่ ทั้งภายในบ้าน ภายนอกบ้าน และสถานที่ทำงานของวัยผู้ใหญ่ ที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ

การปรับปรุงที่ไม่เหมาะสม เป็นการพัฒนาลingkunganที่ไม่ดีนั้นให้ดีขึ้น เพื่อต่อสุขภาพวัยผู้ใหญ่ ไม่เป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค ได้แก่ การพัฒนาลingkunganในบ้านให้ถูกสุขลักษณะ การประเมินและพัฒนาลingkunganในที่ทำงานไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ

การประเมินความพร้อมและส่งเสริมการปรับตัวตามพัฒนาการอย่างเหมาะสม

การประเมินความพร้อมของบุคคล เป็นการประเมินความสามารถการปรับตัวเข้าสู่บทบาทวัยผู้ใหญ่ ทั้งการทำงาน การใช้ชีวิตคู่ การทำหน้าที่บิดามารดา การเข้าสู่วัยทอง การเตรียมตัวเข้าสู่วัยชรา เพื่อทราบถึงสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งเป็นการเฝ้าระวังปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้น

การส่งเสริมการปรับตัวตามพัฒนาการอย่างเหมาะสม เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลและสิ่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้ผู้ใหญ่สามารถปรับตัวตามพัฒนาช่วงต่างๆของวัยได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การปรับตัวในชีวิตทำงาน ชีวิตคู่ บิดาและมารดา วัยทอง และวัยชรา

การพัฒนากลุ่มหรือเครือข่ายการดูแลสุขภาพ

เป็นการประสานความร่วมมือ ความช่วยเหลือกันภายในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และวัยอื่นๆ เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้อง จนเกิดเป็นเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชนให้มากขึ้น

สรุป

การดูแลสุขภาพวัยผู้ใหญ่ที่สำคัญคือ ประชาชนต้องมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ มีทัศนคติและค่านิยมในทางที่ดี พร้อมทั้งจะปฏิบัติโดยมีเป้าหมายที่จะปรับปรุงและพัฒนาทั้งสุขภาพกายและจิตให้มีสุขภาวะ มีการยอมรับในเรื่องการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ต้องเป็นไปตามวัย เชื่อในเรื่องการชะลอความเสื่อมที่เกิดได้จากการออกกำลังกาย จัดสิ่งแวดล้อม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม มีการตรวจเช็คร่างกายประจำปี บุคลากรผู้เกี่ยวข้องควรเป็นผู้ให้คำปรึกษา อาจเป็นในลักษณะรายบุคคล รายกลุ่ม หรือประสานงานให้เกิดการช่วยเหลือกันโดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และสร้างเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชนให้มากขึ้น



โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพวัยผู้ใหญ่

1. การเฝ้าระวังโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง
2. การตรวจสุขภาพเฝ้าระวังโรคมะเร็ง
3. การเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน
4. เราไม่หวั่นกับโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
5. สู้ๆ กับมะเร็ง
6. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
7. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
8. การสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วย
9. ห่างไกลบุหรี่
10. ลดสุรา ชีวสดชื่น
11. ลดการใช้สารเสพติด
12. กินอย่างไร ให้สมดุล
13. ออกกำลังกายวันละนิด พิชิตโรค
14. ชีวิตนี้ดี ถ้าไม่มีเครียด
15. อุบัติเหตุป้องกันได้ ถ้าใส่ใจ
16. เช็กส์ เรื่องที่ไม่ควรมองข้าม
17. ทู บี นัมเบอร์ วัน (To be Number 1) แอโรบิกวัยทำงาน
18. บ้านน่าอยู่ หน้าดูน่ามอง
19. การเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน
20. การเตรียมความพร้อมก่อนสู้กับงาน
21. ชีวิตคู่ มีความสุข เมื่อเตรียมพร้อม
22. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยทอง
23. เตรียมตัวอย่างไรเมื่อใกล้วัยชรา

ชื่อโครงการ	การเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจ
หน่วยงานเครือข่าย	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ - งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน - สถานประกอบการในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการประเมิน ตรวจสอบสุขภาพ และติดตามเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตามความเสี่ยง ตลอดจนส่งต่อการดูแลในรายที่มีความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ
วัตถุประสงค์หลัก	- ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เรื่องการตรวจสอบสุขภาพ และประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจ - ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพ และประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจ - ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการตรวจสอบสุขภาพ และประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจ - ผู้เข้าร่วมโครงการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจได้รับการส่งต่อและดูแลอย่างต่อเนื่อง
ตัวชี้วัด	- ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจ - ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ได้รับการวัดรอบเอวปีละ 2 ครั้ง - ร้อยละของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวานที่ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ - ร้อยละของผู้ที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีผลให้ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ
กลุ่มเป้าหมาย	บุคคลวัยผู้ใหญ่ทุกราย ทั้งเพศชายและเพศหญิง
กิจกรรมหลัก	- ตรวจสอบสุขภาพ วัดรอบเอว ประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจ - ประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเดิม - สร้างความตระหนักโดยเชิญผู้ป่วยที่ตรวจสอบสุขภาพตลอดจนรักษาโรคทันเวลา กับผู้ไม่ตรวจสอบสุขภาพเลยจนรักษาโรคไม่ทัน

	4. ให้ความรู้เรื่องการตรวจสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง 5. สันทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกตามความเสี่ยง 6. สู้ศึกษารายบุคคลกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเฉพาะเรื่อง 7. ส่งต่อในรายที่มีความเสี่ยงสูงและปัญหาสุขภาพ เพื่อการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน สถานที่ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินสุขภาพ ความรู้ ทักษะคิด และการตรวจสุขภาพ 2. จากผลการตรวจสุขภาพ การเฝ้าระวังโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชาชน 2. วิทยุใหญ่มีความรู้ ทักษะคิด และการตรวจสุขภาพ 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่ลุกลามหรือมีภาวะแทรกซ้อน 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ เป็นต้น

ชื่อโครงการ	การเฝ้าระวังโรคมะเร็ง
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. สถานประกอบการในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการประเมิน ตรวจสุขภาพ และติดตามเฝ้าระวังโรคมะเร็งในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตามความเสี่ยง ตลอดจนส่งต่อการดูแลในรายที่มีความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ

วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เรื่องการตรวจสุขภาพ และประเมินความเสี่ยงโรคมะเร็ง 2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ และประเมินความเสี่ยงโรคมะเร็ง 3. ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการตรวจสุขภาพ และประเมินความเสี่ยงโรคมะเร็ง 4. ผู้เข้าร่วมโครงการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งได้รับการส่งต่อและดูแลอย่างต่อเนื่อง
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของสตรีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. ร้อยละของสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ผ่านการประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการตรวจรักษาตามแนวทางการส่งต่อ 4. ร้อยละของชายผ่านการประเมินความเสี่ยงโรคมะเร็ง
กลุ่มเป้าหมาย	บุคคลวัยผู้ใหญ่ อายุ 35 ปี ขึ้นไปทุกราย ทั้งเพศชายและเพศหญิง
กิจกรรมหลัก	1. ตรวจสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงโรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกในเพศหญิง 2. ตรวจสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงโรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งปอดและมะเร็งตับในเพศชาย 3. ประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา 4. สร้างความตระหนักโดยเชิญผู้ป่วยที่ตรวจสุขภาพตลอดจนรักษาโรคทันเวลากับผู้ไม่ตรวจสุขภาพเลยจนรักษาโรคไม่ทัน 5. ให้ความรู้เรื่องการตรวจสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติ และการป้องกันโรคมะเร็งทุกคน และเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของเพศหญิง 6. สหทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกตามความเสี่ยง 7. สุ่มศึกษารายบุคคลกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเฉพาะเรื่อง 8. ส่งต่อในรายที่มีความเสี่ยงสูงและปัญหาสุขภาพ เพื่อการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถาน ประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน สถานที่ ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และ การตรวจสุขภาพ 2. จากผลการตรวจสุขภาพ เฝ้าระวังโรคมาเร็ง
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชาชน 2. วิจัยผู้ใหญ่มีความรู้ ทักษะ และการตรวจสุขภาพ 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่ลุกลามหรือมีภาวะแทรกซ้อน 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับ ประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ เป็นต้น

ชื่อโครงการ	การเฝ้าระวังสุขภาพคนทำงาน
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. อุตสาหกรรมจังหวัด 5. สถานประกอบการในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการประเมิน และติดตามเฝ้าระวังสุขภาพของ คนทำงาน ที่ครอบคลุมทั้งภาคอุตสาหกรรมและการเกษตรใน พื้นที่
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการทราบสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงทาง สุขภาพของคนทำงาน 2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เรื่องการตรวจสุขภาพ และ ประเมินความเสี่ยงโรคจากการทำงาน 3. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ และ ประเมินความเสี่ยง 4. สถานบริการได้ข้อกำหนดและนโยบายการดูแลสุขภาพของ คนทำงาน

ตัวชี้วัด	ร้อยละของบุคคลวัยผู้ใหญ่ได้รับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน
กลุ่มเป้าหมาย	บุคคลวัยผู้ใหญ่ทุกราย ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ประกอบอาชีพทั้งภาคอุตสาหกรรมในพื้นที่ และภาคเกษตรกรรมในพื้นที่
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของ คนทำงาน โดยการตรวจสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน 2. ประชุมกลุ่มเพื่อหาข้อกำหนดและนโยบายการดูแลสุขภาพของคนทำงาน ร่วมกันกับผู้ประกอบการ 3. สุขศึกษารายบุคคลกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเฉพาะเรื่อง
สถานที่ให้บริการ	1. สถานที่ทำงานภาคอุตสาหกรรมในพื้นที่ 2. สถานที่ทำงานภาคเกษตรกรรมในพื้นที่ 3. สถานที่ทำงานภาคหัตถกรรมพื้นบ้าน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินภาวะสุขภาพคนทำงาน 2. จากข้อกำหนดและนโยบายการดูแลสุขภาพของคนงานที่ได้
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของคนงาน 2. แนวทางการดำเนินงานตามข้อกำหนดและนโยบายการดูแลสุขภาพคนงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง 3. เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของสถานที่ทำงาน 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ชื่อโครงการ	เราไม่หวั่นกับโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. สถานประกอบการในพื้นที่ (กรณีมีผู้ป่วย)
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 3. ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 2. อัตราการตายด้วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
กลุ่มเป้าหมาย	บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา 2. สร้างความตระหนักโดยเชิญผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวเหมาะสม กับผู้ที่ปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม 3. ให้ความรู้เรื่องการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 4. สนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกตามความเสี่ยง 5. สุธศิการายบุคคลกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเฉพาะเรื่อง 6. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “เพื่อนช่วยเพื่อน” ทำกิจกรรมร่วมกัน 7. ทำกิจกรรมค่ายผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ศาลาประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน สถานที่ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย 2. จากผลการเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติ และการตรวจสุขภาพ 2. ผู้ป่วยมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่เหมาะสม

	3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่ลุกลามหรือมีภาวะแทรกซ้อน 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ เป็นต้น
--	--

ชื่อโครงการ	สู่ฯ กับมะเร็ง
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. สถานประกอบการในพื้นที่ (กรณีมีผู้ป่วย) 5. สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการที่รุนแรง
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 3. ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 2. อัตราการตายด้วยโรคมะเร็ง
กลุ่มเป้าหมาย	บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา 2. สร้างความตระหนักโดยเชิญผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวเหมาะสม กับผู้ที่ปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม 3. ให้ความรู้เรื่องการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็ง 4. สันทนาการเฉพาะ (Focus group) แยกตามความเสี่ยง 5. สุกศึกษารายบุคคลกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเฉพาะเรื่อง

	6. ทำกิจกรรมค่ายผู้ป่วยโรคมะเร็ง 7. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “เพื่อนช่วยเพื่อน” ทำกิจกรรมสร้างสรรค์ร่วมกัน
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน สถานที่ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย 2. จากผลการเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนมะเร็ง
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และการตรวจสุขภาพ 2. ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เหมาะสม 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่ลุกลามหรือมีภาวะแทรกซ้อน 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ชื่อโครงการ	การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นเสริมสร้างศักยภาพและพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เหมาะสมมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 3. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทักษะด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 2. จำนวนเครือข่าย “เพื่อนช่วยเพื่อน” ทำกิจกรรมร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้ ความพร้อม และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา 2. สร้างความตระหนักให้เห็นบทบาทและความสำคัญของผู้ดูแล 3. ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 4. สันทนาการเฉพาะ (Focus group) แยกโรคและความเสี่ยง 5. ให้คำปรึกษา สุขศึกษา และให้ความช่วยเหลือในกรณีผู้ดูแลที่มีปัญหาเฉพาะ 6. ฝึกทักษะที่จำเป็นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 7. ทำกิจกรรมค่ายร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย 8. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “เพื่อนช่วยเพื่อน” ทำกิจกรรมร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ผู้ดูแล
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย 2. จากผลการเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย 3. จากการทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแล 2. ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ ทักษา และพฤติกรรมที่เหมาะสม 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่ลุกลามหรือมีภาวะแทรกซ้อน 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ชื่อโครงการ	การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
หน่วยงานเครือข่าย	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ - งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นเสริมสร้างศักยภาพและพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
วัตถุประสงค์หลัก	- ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง - ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เหมาะสมมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง - ผู้เข้าร่วมโครงการมีทักษะด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัด	- ร้อยละของผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง - จำนวนเครือข่าย “เพื่อนช่วยเพื่อน” ทำกิจกรรมร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
กิจกรรมหลัก	- ประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้ ความพร้อม และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา - สร้างความตระหนักให้เห็นบทบาทและความสำคัญของผู้ดูแล - ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง - สนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกโรคและความเสี่ยง - ให้คำปรึกษา สุขศึกษา และให้ความช่วยเหลือในกรณีผู้ดูแลที่มีปัญหาเฉพาะ - ฝึกทักษะที่จำเป็นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง - ทำกิจกรรมค่ายร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคมะเร็ง - จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “เพื่อนช่วยเพื่อน” ทำกิจกรรมร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน

วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย 2. จากผลการเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย 3. จากการทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การดูแล 2. ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ ทักษะ และพฤติกรรมที่เหมาะสม 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่ลุกลามหรือมีภาวะแทรกซ้อน 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ชื่อโครงการ	การสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วย
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นเสริมสร้างสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย 2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย 3. ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ป่วยด้วยสาเหตุจากการดูแลผู้ป่วย
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ 2. ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกราย ทั้งเพศชายและเพศหญิง
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้ ความพร้อม และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา 2. สร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง

	3. ให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพตนเอง 4. สันทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกตามความเสี่ยง 5. ให้คำปรึกษา สุขศึกษา และให้ความช่วยเหลือในกรณีผู้ดูแลที่มีปัญหาเฉพาะ 6. ทำกิจกรรมค่ายร่วมกันระหว่างผู้ดูแล 7. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “เพื่อนช่วยเพื่อน” ทำกิจกรรมร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย 2. จากผลการเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย 3. จากการทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การดูแล 2. ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ ทักษา และพฤติกรรมที่เหมาะสม 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่ลุกลามหรือมีภาวะแทรกซ้อน 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ชื่อโครงการ	ออกกำลังกายวันละนิด พิชิตโรค
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. สถานประกอบการในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ โดยเน้นที่พฤติกรรมการออกกำลังกาย
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย 2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

	3. ผู้เข้าร่วมโครงการการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที
ตัวชี้วัด	ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที
กลุ่มเป้าหมาย	วัยผู้ใหญ่ ทุกคน
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินสมรรถนะร่างกายของผู้เข้าร่วมโครงการ 2. สร้างความตระหนักโดยยกตัวอย่างผู้ป่วยในพื้นที่ หรือเชิญมาร่วมสนทนาวัย 3. ให้ความรู้เรื่องออกกำลังกายดี มีประโยชน์ 4. สนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกเพศและความเสี่ยง 5. สู่ศึกษารายบุคคลกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเฉพาะเรื่อง 6. ทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีปัญหา 7. ให้รางวัลแก่ผู้ที่มีสมรรถนะที่ดี โดยแยกชาย หญิง และช่วงอายุ 8. จัดหาสถานที่ อุปกรณ์ ผู้เชี่ยวชาญในการออกกำลังกายตามความสนใจของผู้เข้าร่วมโครงการ 9. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “Up and Down”
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน สถานที่ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินสมรรถนะร่างกาย 2. จากแบบทดสอบความรู้หลังดำเนินโครงการ 3. จากแบบสอบถามทัศนคติหลังดำเนินโครงการ 4. จากข้อมูลการเฝ้าระวัง
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานสมรรถนะร่างกาย 2. วัยผู้ใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย 3. มีสถานที่ อุปกรณ์การเฝ้าระวังการออกกำลังกาย 4. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการไม่ออกกำลังกาย 5. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ชื่อโครงการ	ห่างไกลบุหรื
หน่วยงานเครือข่าย	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ - งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน - สถานประกอบการในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ โดยเน้นที่ การละ ลด เลิกการสูบบุหรี่
วัตถุประสงค์หลัก	- ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรื พิษบุหรื การเลิกบุหรื - ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับบุหรื - ผู้เข้าร่วมโครงการไม่สูบ หรือละ ลด เลิกการสูบบุหรี่
ตัวชี้วัด	- ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่มีความรู้เรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่ และการป้องกัน - ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่มีทัศนคติเรื่องบุหรืที่เหมาะสม - ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่
กลุ่มเป้าหมาย	วัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศชายและหญิง ทั้งที่สูบและไม่สูบบุหรี่
กิจกรรมหลัก	- ประเมินภาวะสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการ - สร้างความตระหนักโดยเชิญผู้ป่วยเนื่องจากบุหรื ดูวิดีโอ หรือ ไปเยี่ยมผู้ป่วย และทำกิจกรรม “พ่อจ๊ะ แม่จ๊ะ หนูรักนะ” - ให้ความรู้เรื่องบุหรื พิษบุหรื และการเลิกสูบบุหรี่ - สนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกตามเพศ และความ เสี่ยง - ทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ - ให้สุศึกษากรณีที่มีปัญหาเฉพาะ - ให้รางวัลแก่ผู้ที่ละ ลด เลิกบุหรืได้ โดยอาจอยู่ในรูปของ ธนาคารบุหรื - จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “วัยเรา ไม่จำเป็นต้องบุหรื”
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถาน ประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน สถานที่ ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน

วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินภาวะสุขภาพ 2. จากแบบทดสอบความรู้หลังดำเนินโครงการ 3. จากแบบสอบถามทัศนคติหลังดำเนินโครงการ 4. จากจำนวนผู้สมัครใจและสามารถละ ลด เลิกบุหรี่ได้
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ 2. วิทยุใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับ องค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการ สาธารณสุข สถานประกอบการ เป็นต้น

ชื่อโครงการ	ลดสูรา ชีวสดชื่น
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. สถานประกอบการในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ โดยเน้นที่ การละ ลด เลิกการดื่มสุรา
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุรา พิษสุรา การเลิกสุรา 2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับสุรา 3. ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ดื่ม หรือละ ลด เลิกดื่มสุรา
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของวิทยุใหญ่ที่มีความรู้เรื่องอันตรายจากการดื่มสุรา และการป้องกัน 2. ร้อยละของวิทยุใหญ่ที่มีทัศนคติเรื่องสุราที่เหมาะสม 3. ร้อยละของวิทยุใหญ่ที่ไม่ติดสุรา
กลุ่มเป้าหมาย	วิทยุใหญ่ ทั้งที่ดื่มและไม่ดื่มสุรา
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการ 2. สร้างความตระหนักโดยเชิญผู้ป่วยตับแข็ง ดุริตีโอ หรือไปเยี่ยมผู้ป่วย และทำกิจกรรม “พ่อจ๊ะ แม่จ๊ะ หนูรักนะ” สะท้อน ปัญหาการกินเหล้า

	3. ให้ความรู้เรื่องสุรา พืชสุรา และการเลิกดื่มสุรา 4. สันทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกตามเพศ และความ เสี่ยง 5. สู้ศึกษารายบุคคลกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษา เฉพาะเรื่อง 6. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “วัยเรา ไม่จำเป็นต้องพึ่งเหล้า”
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถาน ประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน สถานที่ ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินภาวะสุขภาพ 2. จากแบบทดสอบความรู้หลังดำเนินโครงการ 3. จากแบบสอบถามทัศนคติหลังดำเนินโครงการ 4. จากจำนวนผู้สมัครใจและสามารถละ ลด เลิกดื่มสุราได้
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ 2. วัยผู้ใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมไม่ดื่มสุรา 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับ ประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ เป็นต้น

ชื่อโครงการ	ลดการใช้สารเสพติด
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. สถานประกอบการในพื้นที่ 5. สถานีตำรวจในพื้นที่
สรุปจุดเน้นโครงการ	โครงการนี้เน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ โดยเน้นที่ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติด เช่น ยาบ้า ยาอี เป็นต้น

	2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับสารเสพติด 4. ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ดื่ม หรือเลิกใช้สารเสพติด
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่มีความรู้เรื่องอันตรายจากการใช้สารเสพติด 2. ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่มีทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดที่เหมาะสม 3. ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่ไม่ใช้สารเสพติด
กลุ่มเป้าหมาย	วัยผู้ใหญ่ ทุกคน
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการ 2. สร้างความตระหนักโดยดูวีดีโอผู้ป่วยและผู้ได้รับโทษจากการใช้สารเสพติด และทำกิจกรรม “พอจะ แม่จะ หนูบ้ายบาย” กับกิจกรรม “คุณครับผมขอเตือน” โดยตำรวจ 3. ให้ความรู้เรื่องสารเสพติด และอันตราย 4. สันทนาากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกตามเพศ และความเสี่ยง 5. ทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ต้องการเลิกดื่มสุรา 6. สุขศึกษารายบุคคลกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเฉพาะเรื่อง 7. หารางวัลแก่ผู้ที่ละ ลด เลิกดื่มสุรา 8. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “เฝ้าระวังการใช้สารเสพติด”
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน สถานที่ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินภาวะสุขภาพ 2. จากแบบทดสอบความรู้หลังดำเนินโครงการ 3. จากแบบสอบถามทัศนคติหลังดำเนินโครงการ 4. จากข้อมูลการเฝ้าระวังสารเสพติดในพื้นที่
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. วัยผู้ใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมไม่ใช้สารเสพติด 2. ลดจำนวนผู้ได้รับโทษจากสารเสพติด 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด

	4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ สถานีตำรวจ เป็นต้น
--	--

ชื่อโครงการ	กินอย่างไร ให้สมดุล
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. สถานประกอบการในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ โดยเน้นที่พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่สมดุล เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพ
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่สมดุล 2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับอาหารที่สมดุล 3. ผู้เข้าร่วมโครงการรับประทานอาหารที่สมดุล
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของคนในครัวเรือนมีความรู้เรื่องอาหารถูกสุขลักษณะปลอดภัยและได้มาตรฐาน 2. ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่มีทัศนคติเรื่องอาหารถูกสุขลักษณะปลอดภัยและได้มาตรฐานที่เหมาะสม 3. ร้อยละของคนในครัวเรือนกินอาหารถูกสุขลักษณะปลอดภัยและได้มาตรฐาน
กลุ่มเป้าหมาย	วัยผู้ใหญ่ ทุกคน
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินภาวะโภชนาการผู้เข้าร่วมโครงการ 2. สร้างความตระหนักโดยยกตัวอย่างผู้ป่วยในพื้นที่ หรือเชิญมาร่วมสนทนาด้วย 3. ให้ความรู้เรื่องอาหารที่สมดุล 4. สนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกเพศ และความเสี่ยง 5. ให้ผู้ศึกษากรณีที่มีปัญหาเฉพาะและทำโปรแกรม

	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6. ให้อาหารแก่ผู้ที่มีภาวะสมดุลง่าย อาจอยู่ในรูปของธัญพืชไขมัน 7. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “คนหุ่นสวย”
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน สถานที่ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินภาวะโภชนาการ 2. จากแบบทดสอบความรู้หลังดำเนินโครงการ 3. จากแบบสอบถามทัศนคติหลังดำเนินโครงการ 4. จากข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานภาวะโภชนาการ 2. ผู้ใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่สมดุล 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ชื่อโครงการ	ชีวิตที่ดี ถ้าไม่มีเครียด
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. สถานประกอบการในพื้นที่ 5. สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ โดยเน้นที่ความเข้าใจความเครียด การวิเคราะห์ความเครียด และการจัดการความเครียด
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่สมดุล

	2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับอาหารที่สมดุล 3. ผู้เข้าร่วมโครงการรับประทานอาหารที่สมดุล
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของคนในครัวเรือนมีความรู้เรื่องความเครียดและการจัดการความเครียด 2. ร้อยละของคนในครัวเรือนที่ได้รับการประเมินความเครียด 3. ร้อยละของคนในครัวเรือนที่มีระดับความเครียดไม่เกินเกณฑ์
กลุ่มเป้าหมาย	วัยผู้ใหญ่ทุกคน ทั้งเพศชายและเพศหญิง
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินความเครียดและความสุขของผู้เข้าร่วมโครงการ 2. สร้างความตระหนักโดยยกตัวอย่างผู้ป่วยในพื้นที่ หรือเชิญมาร่วมสนทนาด้วย 3. ให้ความรู้เรื่องความเครียด และการจัดการความเครียด 4. สนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกเพศ และความเสียง 5. ให้ผู้ศึกษากรณีที่มีปัญหาเฉพาะ 6. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “ใจสงบและสดชื่น”
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน สถานที่ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินความเครียดและความสุข 2. จากแบบทดสอบความรู้หลังดำเนินโครงการ 3. จากข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะทางจิต
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานความเครียดและความสุข 2. วัยผู้ใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการออกกำลังกาย 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากความเครียด 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์ป้องกันได้ ถ้าใส่ใจ
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. สถานประกอบการในพื้นที่ 5. สถานีตำรวจในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ โดยเน้นที่การป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เรื่องกฎระเบียบและการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน 2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน 3. ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของวัยผู้ใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน 2. ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่ทัศนคติที่เหมาะสมในการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน 3. ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่สวมหมวกกันน็อคทุกครั้งที่ใช้ขี่จักรยานยนต์ 4. ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ใช้ขี่และนั่งตอนหน้าของรถยนต์ 5. ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่ไม่เมาแล้วขับหรือขี่รถ
กลุ่มเป้าหมาย	วัยผู้ใหญ่ทุกคน ทั้งเพศชายและเพศหญิง
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินความรู้เรื่องกฎระเบียบและการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน 2. สร้างความตระหนักโดยยกตัวอย่างผู้ขับขี่ที่ประสบอุบัติเหตุ ผู้ที่ได้รับผลจากประสบอุบัติเหตุทั้งที่ไม่ได้ขับขี่ รวมถึงผู้ที่สูญเสียร่วมสนทนาค้นคว้า 3. ให้ความรู้เรื่องกฎระเบียบและการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน 4. ประเมินจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนและปัจจัยเสี่ยง

	ของผู้ชี้ชี้ 5. สันทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) 6. จัดทำนโยบายสาธารณะเรื่องการขับเคลื่อนท้องถิ่น 7. ดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงสภาพท้องถิ่น ดัดป้ายบอกเพื่อลดจุดเสี่ยง 8. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “เฝ้าระวังอุบัติเหตุในพื้นที่”
สถานที่ให้บริการ	ให้ความรู้และสร้างความตระได้ทุกแห่ง เช่น ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน สถานที่ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน รวมทั้งบนท้องถนน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินความรู้ และทัศนคติหลังดำเนินโครงการ 2. จากแบบสำรวจจุดเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานความรู้ พฤติกรรมเสี่ยง และจุดเสี่ยงในพื้นที่ 2. วิทยุใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาบุคคลที่เกิดอุบัติเหตุ 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข สถานีตำรวจ เป็นต้น

ชื่อโครงการ	เช็กลิสต์ เรื่องจริง ที่ไม่ควรมองข้าม
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. สถานประกอบการในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ โดยเน้นที่การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและโรค

	2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ 3. ผู้เข้าร่วมโครงการไม่มีโรคจากเพศสัมพันธ์
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่มีความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย 2. ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่มีทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม 3. ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม
กลุ่มเป้าหมาย	วัยผู้ใหญ่ทุกคน ทั้งเพศชายและเพศหญิง
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมทางเพศผู้เข้าร่วมโครงการ 2. สร้างความตระหนักโดยเชิญผู้ป่วย หรือคู่วีดีโอ หรือไปเยี่ยมผู้ป่วย และทำกิจกรรม “เอดส์จ๊ะ ขอลาไกล” 3. ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและโรคที่เกี่ยวข้อง 4. สันทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกตามเพศ และความเสี่ยง 5. ให้สุศึกษากรณีที่มีปัญหาเฉพาะ 6. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “เรารักกันนะ อย่างปลอดภัย”
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานบันเทิงในพื้นที่ โรงเรียน สถานที่ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมทางเพศ 2. จากผลการเฝ้าระวังโรคทางสุขภาพ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมทางเพศ 2. วัยผู้ใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับประชาชน และองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ เป็นต้น

ชื่อโครงการ	ทุ ปี นัมเบอร์ วัน (To be Number 1) แอโรบิควัยทำงาน
หน่วยงานเครือข่าย	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ - งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน - สถานประกอบการในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้การสร้างเสริมสุขภาพแบบภาพรวม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตามแนวทางของโครงการ To be Number 1 เพื่อสร้างสรรค์กิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพต่อตนเองและสังคม
วัตถุประสงค์หลัก	- เพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ - เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรในชุมชน
ตัวชี้วัด	- ร้อยละของผู้ที่เข้าร่วมมีการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ - ร้อยละของผู้เข้าร่วมมีการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในหมู่บ้าน
กิจกรรมหลัก	- สร้างความตระหนักและปลูกฝังจิตสำนึกการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง เช่น ฝึกซ้อมการออกกำลังกายกับผู้เข้าร่วมแข่งขันประกวดแข่งขันการเต้นแอโรบิคแดนส์ เป็นประจำทุกวัน การเล่นเกมกีฬาต้านยาเสพติด เป็นต้น - สร้างความตระหนักและปลูกฝังจิตสำนึกการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพชุมชนโดยรวม
สถานที่ให้บริการ	สวนสาธารณะ ลานเอนกประสงค์ของหมู่บ้าน
วิธีการประเมินผล	- ดัชนีผลกายผู้เข้าร่วมโครงการอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือดีขึ้น - ผู้เข้าร่วมโครงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย อายุ 25-60 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ชื่อโครงการ	บ้านน่ายู่ น่ายู่นามอง
หน่วยงานเครือข่าย	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ - งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการประเมิน ปรับปรุง และเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในบ้าน เพื่อให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานและสุขภาพของวัยผู้ใหญ่
วัตถุประสงค์หลัก	- ผู้เข้าร่วมโครงการทราบสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อมในบ้าน - ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน - ผู้เข้าร่วมโครงการมีการปฏิบัติดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน
ตัวชี้วัด	ร้อยละของครัวเรือนที่มีที่อยู่อาศัยสภาพคงทนถาวร มีและใช้ส้วม ถูกหลักสุขาภิบาล การจัดบ้านเรือนบริเวณบ้าน ไม่ถูกหลักอนามัย
กลุ่มเป้าหมาย	วัยผู้ใหญ่ทุกคน และสมาชิกในครัวเรือน
กิจกรรมหลัก	- บรรยายให้ความรู้เรื่อง ความเสี่ยงและการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน - ผู้เข้าร่วมโครงการกลับไปประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้านและดำเนินการพัฒนา และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้าน - จัดประกวดบ้านน่ายู่ น่ายู่นามอง - ติดตามและประเมินผล
สถานที่ให้บริการ	- บ้าน - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - สถานอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่
วิธีการประเมินผล	- จากการทำแบบประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้านก่อนและหลังดำเนินการ - จากความรู้ผู้เข้าร่วมโครงการ - จากผลการประกวดบ้านน่ายู่ น่ายู่นามอง
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	- ข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชน - ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพภายในบ้าน เช่น แมลงนำโรค

	สภาพที่ไม่ปลอดภัย 3. ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคและอุบัติเหตุภายในบ้าน 4. เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของคนในชุมชน 5. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน
--	---



ชื่อโครงการ	การเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. อุตสาหกรรมจังหวัด 5. สถานประกอบการในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการประเมิน ปรับปรุง และติดตามเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน ที่ครอบคลุมทั้งภาคอุตสาหกรรมและการเกษตรในพื้นที่ เพื่อให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานและสุขภาพของวัยผู้ใหญ่
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการทราบสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน 2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน

	3. ผู้เข้าร่วมโครงการได้ข้อกำหนดและนโยบายการดูแลสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน 4. ผู้เข้าร่วมโครงการมีการปฏิบัติดูแลสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน 5. สถานที่ทำงานที่มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานและสุขภาพของวัยผู้ใหญ่
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของผู้ประกอบอาชีพมีความรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมที่ดีในสถานที่ทำงาน 2. สถานที่ทำงานมีสิ่งแวดล้อมที่ดีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ประกอบอาชีพในสถานที่ทำงานภาคอุตสาหกรรมในพื้นที่ 2. ผู้ประกอบอาชีพในสถานที่ทำงานภาคเกษตรกรรมในพื้นที่หรือ 3. สถานที่ทำงาน 4. พื้นที่รวมในชุมชน
กิจกรรมหลัก	1. ให้ความรู้เรื่อง สิ่งแวดล้อมและความเสี่ยงในการทำงานกับผู้ประกอบอาชีพ 2. ประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงาน โดยการสำรวจขั้นต้น (walkthrough survey) 3. ประชุมกลุ่มหาข้อกำหนดและนโยบายการดูแลสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานร่วมกับผู้ประกอบการ 4. ดำเนินการพัฒนา และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน 5. จัดประกวดสถานที่ทำงานสีเขียว 6. ติดตามและประเมินผล
สถานที่ให้บริการ	1. สถานที่ทำงานภาคอุตสาหกรรมในพื้นที่ 2. สถานที่ทำงานภาคเกษตรกรรมในพื้นที่
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงานก่อนและหลังดำเนินการ 2. จากข้อกำหนดและนโยบายการดูแลสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานที่ได้
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ผู้ประกอบอาชีพและผู้ประกอบการมีความรู้เรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อม 2. ข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมใน

	การทำงาน 3. ข้อกำหนดและนโยบายการดูแลสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง 4. ลดมลพิษที่เกิดจากกระบวนการทำงานหรือกระบวนการผลิตซึ่งจะมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพคนทำงาน สิ่งแวดล้อม และชุมชน 5. เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของสถานที่ทำงาน 6. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานประกอบการ สถานบริการสาธารณสุข อุตสาหกรรมจังหวัด ชุมชนรอบข้าง
--	--

ชื่อโครงการ	การเตรียมความพร้อมก่อนสู่กับงาน
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนสถาบันการศึกษาในพื้นที่ 4. สถานประกอบการในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการเตรียมความพร้อมวัยผู้ใหญ่กลางคนทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
วัตถุประสงค์หลัก	1. วัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับตัวและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 2. วัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีทัศนคติที่ดีและมีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่วัยทำงาน
ตัวชี้วัด	ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนสู่กับงาน
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใหญ่ตอนต้น ทั้งเพศชายและเพศหญิง
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินความรู้ ทัศนคติและความพร้อมผู้เข้าร่วมโครงการ 2. บรรยายให้ความรู้เรื่อง ชีวิตคนทำงาน: การปรับตัวและการปฏิบัติตัว

	3. ทำกิจกรรมสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกตามเพศและอาชีพ 4. สูดศึกษารายบุคคลกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเฉพาะเรื่อง 5. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “เพื่อนกัน พี่น้องกัน วยเดียวกัน สถาบันเดียวกัน เราไม่ทิ้งกัน”
สถานที่ให้บริการ	1. สถาบันการศึกษาในพื้นที่ 2. สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. ศูนย์รวมในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากแบบทดสอบความรู้เรื่องการปรับตัวและการปฏิบัติตัวหลังดำเนินโครงการ 2. จากแบบสอบถามทัศนคติและความพร้อมหลังดำเนินโครงการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ผู้ใหญ่ตอนต้นมีความรู้ ทัศนคติและพร้อมในการก้าวเข้าสู่วัยทำงานที่เหมาะสม 2. ลดภาวะเครียดจากการปรับตัวเข้าสู่วัยทำงาน 3. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างสถาบันการศึกษา สถานประกอบการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ชื่อโครงการ	ชีวิตคู่ มีความสุข เมื่อเตรียมพร้อม
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถาบันบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. งานทะเบียนสมรสของอำเภอ
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการเตรียมความพร้อมคู่สมรสใหม่ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเข้าสู่ชีวิตคู่อย่างมีประสิทธิภาพ
วัตถุประสงค์หลัก	1. ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการประเมินภาวะสุขภาพก่อนเริ่มชีวิตคู่ 2. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในบทบาทใหม่ที่เหมาะสม 3. ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่ดีและมีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่ชีวิตคู่

ตัวชี้วัด	ร้อยละของวัยผู้ใหญ่ผู้ที่กำลังแต่งงาน จดทะเบียนสมรส หรือคู่สมรสใหม่ ได้รับการเตรียมความพร้อมการใช้ชีวิตคู่
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่กำลังแต่งงาน จดทะเบียนสมรส หรือคู่สมรสใหม่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น โรคติดต่อ และโรคทางพันธุกรรมผู้เข้าร่วมโครงการ 2. บรรยายให้ความรู้เรื่องชีวิตคู่กับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 3. ทำกิจกรรมสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) 4. สูดศึกษารายบุคคลกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเฉพาะเรื่อง
สถานที่ให้บริการ	1. สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ 2. งานทะเบียนสมรสของอำเภอ 3. สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินภาวะสุขภาพ 2. จากแบบทดสอบความรู้เรื่องชีวิตคู่กับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังดำเนินโครงการ 3. จากแบบสอบถามทัศนคติและความพร้อมหลังดำเนินโครงการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ 2. คู่สมรสใหม่มีความรู้ ทัศนคติและความพร้อมในการก้าวเข้าสู่ชีวิตที่เหมาะสม 3. ลดอัตราการหย่าร้าง 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น อำเภอ สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ชื่อโครงการ	การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยทอง
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. สถานประกอบการในพื้นที่

สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการเตรียมความพร้อมวัยกลางคนทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเข้าสู่วัยทองอย่างมีประสิทธิภาพ
วัตถุประสงค์หลัก	1. วัยกลางคนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัยทองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 2. วัยกลางคนมีทัศนคติที่ดีและมีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่วัยทอง
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของวัยกลางคนได้รับการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยทอง 2. ร้อยละของสมาชิกในครอบครัววัยกลางคนได้รับการเตรียมความพร้อมเรื่องการดูแลเมื่อเข้าสู่วัยทอง
กลุ่มเป้าหมาย	1. วัยกลางคน ช่วงอายุตั้งแต่ 40 ปี ถึง 50 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2. สมาชิกในครอบครัววัยกลางคน
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการ 2. บรรยายให้ความรู้เรื่องวัยทองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่วัยกลางคน 3. บรรยายให้ความรู้เรื่องการดูแลคนวัยทองแก่สมาชิกในครอบครัววัยกลางคน 4. ทำกิจกรรมสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกตามเพศและความเสี่ยง 5. สูดศึกษารายบุคคลกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเฉพาะเรื่อง 6. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “วัยทองนั้น เราไม่หวั่น”
สถานที่ให้บริการ	1. สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่หรือ 2. สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินภาวะสุขภาพวัยกลางคน 2. จากแบบทดสอบความรู้วัยกลางคน เรื่องวัยทองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังดำเนินโครงการ 3. จากแบบทดสอบความรู้สมาชิกในครอบครัว เรื่องการดูแลคนวัยทองหลังดำเนินโครงการ

	4. จากแบบสอบถามทัศนคติและความพร้อมหลังดำเนินโครงการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพของวัยกลางคน 2. วัยกลางคนและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ทัศนคติและความพร้อมที่เหมาะสม 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากวัยทอง 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ชื่อโครงการ	เตรียมตัวอย่างไร เมื่อใกล้วัยชรา
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 4. สถานประกอบการในพื้นที่
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการเตรียมความพร้อมวัยกลางคนทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเข้าสู่วัยชราอย่างมีประสิทธิภาพ
วัตถุประสงค์หลัก	1. วัยกลางคนช่วงอายุตั้งแต่ 55 ปี ถึง 59 ปี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัยชราและการเตรียมเข้าสู่วัยชรา 2. วัยกลางคนช่วงอายุตั้งแต่ 55 ปี ถึง 59 ปี มีทัศนคติที่ดีและมีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่วัยชรา
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของวัยกลางคนช่วงอายุตั้งแต่ 55 ปี ถึง 59 ปี ได้รับการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยชรา 2. ร้อยละของสมาชิกในครอบครัววัยกลางคนช่วงอายุตั้งแต่ 55 ปี ถึง 59 ปี ได้รับการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยชรา
กลุ่มเป้าหมาย	1. วัยกลางคน ช่วงอายุตั้งแต่ 55 ปี ถึง 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2. สมาชิกในครอบครัววัยกลางคน
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการ 2. บรรยายให้ความรู้เรื่องการเตรียมพร้อมก่อนถึงวัยสูงอายุ 3. บรรยายให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุแก่

	สมาชิกในครอบครัววัยกลางคน 4. ศึกษาฐานกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ 5. ทำกิจกรรมสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) แยกตามเพศและความเสี่ยง 6. สุ่มศึกษารายบุคคลกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาเฉพาะเรื่อง 7. จัดตั้งกลุ่มเครือข่าย “พี่กับน้อง”
สถานที่ให้บริการ	ทุกแห่งที่มีสถานที่ ได้แก่ บ้าน สถานบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ศาลาประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด เป็นต้น โรงเรียน สถานที่ทำงาน ตลาด หรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จากการทำแบบประเมินภาวะสุขภาพ 2. จากแบบทดสอบความรู้วัยกลางคน เรื่องวัยสูงอายุหลังดำเนินโครงการ 3. จากแบบทดสอบความรู้สมาชิกในครอบครัวหลังดำเนินโครงการ 4. จากแบบสอบถามทัศนคติและความพร้อมหลังดำเนินโครงการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพของวัยกลางคน 2. วัยกลางคนและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ทัศนคติและความพร้อมที่เหมาะสม 3. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากวัยทอง 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

บรรณานุกรม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **ตัวชี้วัดตามกรมอนามัยปีงบประมาณ**

2552. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **รายงานประจำปี 2550: สุขภาพของคน**

ไทย. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 15 เมษายน 2552 จาก

<http://www.anamai.moph.go.th/download/download/report50/part3.pdf>

กองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2551).

ตัวชี้วัดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Composite Indicators)

ปี 2552. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 15 พฤษภาคม 2552 จาก [http://www.rayong-](http://www.rayong-nhso.org/upload/News_25.doc)

[nhso.org/upload/News_25.doc](http://www.rayong-nhso.org/upload/News_25.doc)

จิรัชดา ปัทมดิลก. (2551). **สถานการณ์โรคมะเร็งในปัจจุบันและอนาคต.** เข้าถึง

ข้อมูลวันที่ 12 มีนาคม 2552 จาก [http://www.cccthai.org/New-](http://www.cccthai.org/New-Article/2551-12-15_Cause_factor_for_cancer/Cause_factor.html)

[Article/2551-12-15_Cause_factor_for_cancer/ Cause_factor.html](http://www.cccthai.org/New-Article/2551-12-15_Cause_factor_for_cancer/Cause_factor.html)

ทิพย์วิภา เชษฐเชาวลิต. (2541). **จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล.** สงขลา:

ซานเมืองการพิมพ์.

ธนะพงษ์ จินวงศ์ . (2551). **สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน..กับคนเดินทาง.**

จดหมายข่าวชุมชนคนรักสุขภาพ ฉบับสร้างสุข เดือนธันวาคม 2551.

นิตยา พันธุเวทย์ และนางสาวนุชรี อาบสุวรรณ. (2552). **ประเด็นรณรงค์โรคไม่**

ติดต่อเรื้อรัง ปี 2552. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 18 มีนาคม 2552 จาก

<http://ncd.ddc.moph.go.th/ncd%20web1/Bncd/data/ncd2552.doc>

วินัย สวัสดิ์วร. (2552). **สถานการณ์โรคมะเร็งพุ่ง! เฉลี่ยตายชม.ละ 6 คน.**

เข้าถึงข้อมูลวันที่ 8 เมษายน 2552 จาก

<http://www.oknation.net/blog/print.php?id=418403>

ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท. (2549). **ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในช่วง**

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-

2554). เข้าถึงข้อมูลวันที่ 14 มีนาคม 2552 จาก

http://118.175.0.190/bmn/Bmn_6.asp

สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2550). รายงานสถานการณ์
และความสูญเสียปีสุขภาวะจากความรุนแรงในประเทศไทย ปี พ.ศ.2547.
เข้าถึงข้อมูลวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2552 จาก

http://www.hiso.or.th/hiso/proReport/pro2_report11.php

หะทัย เทพพิสัย. (2545). **“จะมีทางลดความเหี่ยวแห้งได้ไหมในชาย-หญิงวัย
ทอง? ตามทัศนะของ Reproductive endocrinologist”**. สุขภาพดี ชีวีสดใส
ในวัยทอง. อรุณา เทพพิสัย. (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: บริษัท
สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง จำกัด.

Beare, P.G. and Myers, J.L. (1994). Principle and Practice of Adults Health
Nursing. (2nd ed.) St. Louis: Mosby.

Diekelmann, N. (1997). Primary health care of the well adults. NewYork:
McGraw-Hill Inc.

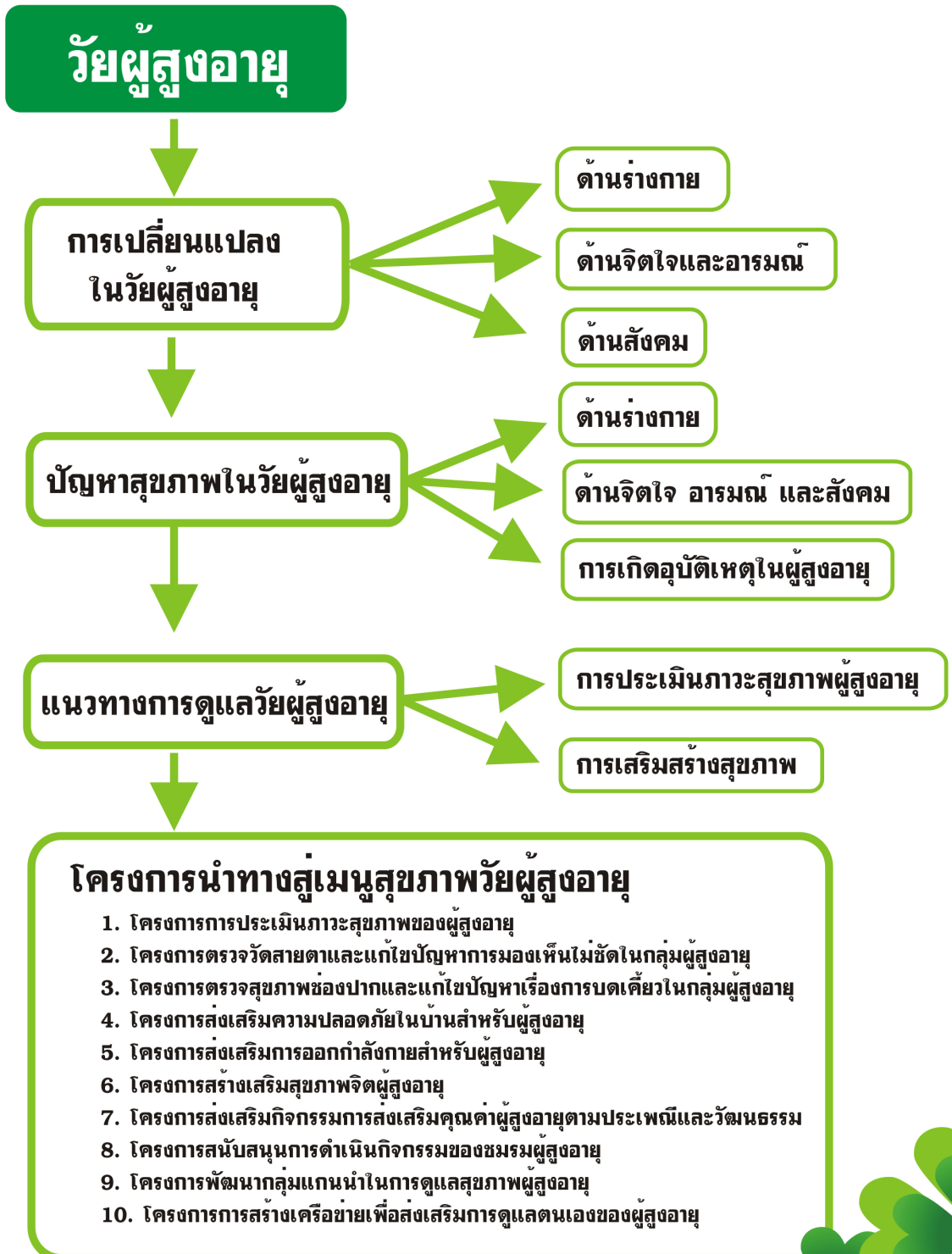
Edelman, C.L. and Mandle, C.L. (1998). Health Promotion Throughout Lifespan.
(4th ed.). St. Louis: Mosby.

Stanhope, M. and Lancaster, J. (2000). Community and Public Health Nursing.
(5th ed.). St. Louis: Mosby.

เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับ
วัยผู้สูงอายุ



เมนูสร้างเสริมสุขภาพวัยผู้สูงอายุ



เมนูสร้างเสริมสุขภาพวัยผู้สูงอายุ

จิรพรรณ โพธิ์ทอง
รัชณี สรรเสริญ
เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ
วรรณรัตน์ ลาวัจ

วัยผู้สูงอายุ

เมื่อชีวิตล่วงเลยเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ นับว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่ใครๆก็ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และเป็นช่วงสุดท้ายของพัฒนาการชีวิต เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ทุกคนจึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยนี้ที่นับวันจะเสื่อมถอยลงทุกด้าน เพื่อพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้สูงอายุ (Ageing) คือ บุคคลที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป ในอนาคตประชากรกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มใหญ่ของประเทศไทย ซึ่งคาดว่าในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 11.7 ล้านคน (สำนักงานปลัดกระทรวง, 2550) จึงต้องมีนโยบายดำเนินงานต่างๆ ตามแผนพัฒนาผู้สูงอายุ และ พรบ. ผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อดูแลและให้ความช่วยเหลือในการรักษาสุขภาพให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ



การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทุกระบบของร่างกาย แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย

● ระบบสายตา

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเริ่มมีสายตาวาวขึ้น มองใกล้ไม่ค่อยเห็น ความสามารถในการปรับระยะภาพสายตาวาวขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของเลนส์ลดลง การปรับกำลังขยายเพื่อดูของใกล้ทำได้ไม่ดีเหมือนก่อน

● ระบบสมองและประสาท

การยืน เดิน นั่ง วิ่ง ความกระฉับกระเฉงในการทำงานช้าลง ระบบการสั่งงานของสมองเริ่มเสื่อมถอยลง การพูดช้าลง มีอาการหลงลืมได้ง่าย

- **ระบบเสียงหรือการได้ยิน**

ความสามารถของการได้ยินในผู้สูงอายุ ประมาณ 1/4 ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีการเริ่มตึง เวลาพูดต้องตะโกน การผลิตซีทูลลดลง แต่มีการสะสมของซีทูลในช่องหูมากขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ทำให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะ และเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

- **โครงกระดูกและข้อต่อ**

โครงสร้างกระดูกเปลี่ยนไป กล้ามเนื้อและกระดูกไม่แข็งแรง ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า เมื่อเกิดอุบัติเหตุเล็กๆ น้อยๆ กระดูกมักหักได้ง่าย บางรายที่กระดูกหลังเสื่อมมากจะเห็นมีลักษณะหลังโก่ง



- **ระบบย่อยอาหาร**

ฟันจะเริ่มหัก มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การใช้ฟันปลอมทำให้กล้ามเนื้อในการเคี้ยวมีแรงน้อยลง ตลอดจนกล้ามเนื้อในการกลืนก็เปลี่ยนแปลงด้วย การรับรสทางลิ้นเสียไปประมาณ 10 – 30 % เนื่องจากต่อมรับรส มีจำนวนลดลง เมื่ออายุ 70 ปี ผู้สูงอายุจะรู้สึกอร่อยในรสอาหาร การรับรสนั้นจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว เค็ม ชม จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสหวานมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้น ต่อม น้ำลาย ขับ น้ำลายออกน้อย ทำให้ปากแห้ง ระบบย่อยอาหารทำงานมากขึ้น แต่มีการดูดซึมได้น้อยลง

- **ระบบขับถ่าย**

เกิดอาการท้องผูกง่ายขึ้น ขับถ่ายลำบาก ในผู้ชายอาจมีปัสสาวะติดขัด เนื่องจากต่อมลูกหมากโต และผู้หญิงอาจมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน โดยเฉพาะในหญิงที่คลอดบุตรมาแล้วหลายคน

- **ระบบสับจิตเลือด**

หัวใจจะต้องทำงานหนักมากขึ้น เนื่องจากกระบวนการไหลเวียนของเลือดไม่เหมือนเดิม เช่น หลอดเลือดแข็งตัว ผนังหลอดเลือดหนากว่าเดิม ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี

- **ระบบสืบพันธุ์**

เป็นผลจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ รวมทั้งต่อมไร้ท่อ ผลิตฮอร์โมนได้ไม่ดีเหมือนเดิม มีปัญหาที่อวัยวะเพศอ่อนล้า ไม่แข็งตัว

2. ด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุมีดังนี้

- ผลจากสภาพร่างกายที่เสื่อมลง
 - บางคนอาจพบกับความสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การขาดเพื่อนหรือคู่สมรส เนื่องจากการเสียชีวิตของคู่ หรือการแยกกันอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงา
 - ผลจากสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนไป
- เพราะความสูงอายุ ทำให้อารมณ์ของผู้สูงอายุมักแสดงออกที่ผิดปกติและพบได้บ่อย คือ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหงา ร้องไห้ง่าย น้อยใจ บ่อย ๆ ซึม แยกตัว หรืออาจจะวิตกกังวล ห่วงใยลูกหลานมากขึ้น บ่นมากขึ้น ฯลฯ



อาการทางจิตที่รุนแรงของผู้สูงอายุ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน อาการสับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่และบุคคล กลางคืนไม่นอน เดินรุ่มรวย หรือมีอาการขับถ่ายไม่เป็นที่ พฤติกรรมเป็นเด็กทารก หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมก็ได้ ในกรณีที่สมองเสื่อมมาก ๆ

3. ด้านสังคม

จากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย และการเกษียณอายุราชการ ทำให้หน้าที่และบทบาทลดลงกว่าเดิม อาจเกิดภาวะดังต่อไปนี้

- ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนจากคนที่เคยดูแลผู้อื่นมาอยู่ในความดูแลของคนในครอบครัว
- ผู้สูงอายุจะคิดว่าตนเองหมดคุณค่าเป็นภาระให้ลูกหลาน โดยเฉพาะถ้าผู้ใกล้ชิดไม่ให้ความสนใจ
- การพบปะเพื่อนฝูง หรือออกไปสังสรรค์นอกบ้านน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ถึงขั้นทำร้ายตนเองได้



ปัญหาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงและภาวะเสื่อมถอยของร่างกายในวัยผู้สูงอายุดังที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม

1. **ด้านร่างกาย** ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น

● โรคเบาหวาน

อันตรายอาจเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำ ทำให้มีอาการหมดสติได้ และนอกจากนั้นภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอาจทำให้เกิดทางเดินของเส้นเลือดไม่ดี เมื่อเป็นผลจะหายยาก การรักษาจึงต้องคุมระดับของน้ำตาลในร่างกาย หากผลลุกลามมาก จะต้องตัดอวัยวะนั้นทิ้ง

● โรคความดันโลหิตสูง

เกิดจากผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว ทำให้หลอดเลือดแคบ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก

● โรคอัลไซเมอร์

เป็นอาการเกี่ยวกับระบบสมองที่ทำให้ความทรงจำสูญเสียไป มีปัญหาในการตัดสินใจ การรับรู้ในด้านต่าง ๆ ลดน้อยลง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยลงด้วย ครอบครัวจึงจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

● โรคมะเร็ง

มะเร็งไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์ แต่เกิดขึ้นเองในเนื้อเยื่อหรือเซลล์ของกระดูก ทำให้เกิดความผิดปกติ เซลล์ขยายตัวเร็ว จนไปกดกระดูก หรืออวัยวะสำคัญ เช่น ปอด หรือ เส้นเลือดเกิดอาการผิดปกติ ทำให้กระดูกร่อนถึงกับต้องสูญเสียอวัยวะในส่วนนั้นๆ นอกจากนี้ยังมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังปอด ตับ ลำไส้ สมอง จนกระทั่งเสียชีวิต

● รูมาตอยด์

เป็นอาการของข้อต่ออักเสบ เนื้อเยื่อบวมขึ้น เอ็นขาด อาจเป็นที่มือ หัวเข่า ข้อเท้า นิ้วเท้า ทำให้อวัยวะดังกล่าวใช้การไม่ได้ เพราะการเจ็บปวด พิการเสียรูป การรักษาบางครั้งต้องผ่าตัด และใช้ยาร่วมกัน

● เก๊าท์

พบในผู้รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง มีประวัติทางกรรมพันธุ์หรือทางเลือด อาจเป็นโรคไต มีการคั่งของกรดยูริก มักจะเป็นที่หัวแม่เท้า เกิดการเจ็บปวดจนใส่ รองเท้าไม่ได้ บางครั้งถึงกับเดินไม่ได้เลย ผู้เป็นโรคนี้ ควรระมัดระวังในการเลือกรับประทานอาหาร ควรเลิกทานอาหารเครื่องในสัตว์ ยีสต์ ถั่วบางประเภท หน่อไม้ เป็นต้น ฯลฯ

● โรคทางสายตาและการมองเห็น

วัยผู้สูงอายุมีโอกาสเกิด **ต้อหิน** ได้ง่าย เนื่องจากการผลิตน้ำตาลลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย บางรายอาจพบมีน้ำตามากกว่าปกติ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของท่อน้ำตา



โรคต้อกระจก เป็นภาวะที่กระจกตาหรือเลนส์ตาขุ่น จนแสงไม่สามารถผ่านเข้าไปได้ตามปกติ เพราะสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบของเลนส์ตา นอกจากนี้อาจมีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ อุบัติเหตุ หรือจากการติดเชื้อ

2. ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นปัญหาที่มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเช่นกัน ทั้งจากความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและในสังคม ทำให้เกิดปัญหา ได้แก่

- โรคซึมเศร้า จะมีอาการแสดงออกทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม บางครั้งถ้ามีอาการซึมเศร้ามาก ๆ อาจมีความคิดอยากตายได้

- วิตกกังวล จะมีความวิตกกังวลทั้งในเรื่องของตนเอง ลูกหลาน หรือบุคคลในครอบครัว เช่น กลัวตนเองจะถูกทอดทิ้ง กลัวลูกหลานไม่สนใจ กลัวจะเป็นภาระให้ครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุคิดมากและเกิดความวิตกกังวล

- นอนไม่หลับ นอนยากกว่าปกติ และตื่นเช้ามิด อาจจะเป็นจากปัญหาทางจิตใจที่มีความกังวล หรืออาจจะปัญหาทางสุขภาพกายก็ได้ เช่น จากการท้องผูก ปวดเข่า กังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง เป็นต้น

- การแยกตัวจากสังคม และสิ่งแวดล้อม จากการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ หรือจากการเกษียณอายุราชการ

การเกิดอุบัติเหตุในวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักจะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เช่น มองเห็นไม่ชัด หรือจากความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา ทำให้เดินสะดุดหรือตกบันไดได้ นอกจากนี้ การได้รับยาบางตัวนานๆ เช่น ยาลดความดันโลหิต อาจทำให้เกิดเสียสมดุลของระดับความดัน ทำให้เป็นลมและเสียการทรงตัวได้ ผู้สูงอายุจึงควรปรับตัวในการเดิน ให้มีความระมัดระวังและให้ช้าลง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ และสิ่งที่ตามมาจากอุบัติเหตุอาจทำให้เกิดความพิการได้



ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงที่จะพิการมาก เนื่องจากสุขภาพที่อ่อนแออยู่แล้วหากมีสุขภาพแย่ลงอีก จะเกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ทั้งจากความเสื่อมของอวัยวะและจากความพิการที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคต่างๆ เช่น อัมพาต เป็นต้น

ยิ่งผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น จำนวนผู้พิการในหมู่ผู้สูงอายุก็ยิ่งมากขึ้นเท่านั้น จึงควรจะต้องเตรียมการป้องกันและการรักษา ตลอดจนโครงการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและลดอุบัติเหตุของความพิการ รวมทั้งต้องฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและพิการด้วย



สิทธิของผู้สูงอายุ

ส่วนมากผู้สูงอายุมักจะอยู่แต่ภายในบ้านทำให้โอกาสในการรับบริการทางด้านสุขภาพน้อยลง ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดสิทธิผู้สูงอายุตามมาตรา 11 ไว้หลายประการ ที่สำคัญเช่น ให้มีการจัดบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ที่ให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ ให้มีการจัดการศึกษา การศาสนาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ให้มีการจัดการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม ให้มีการจัดการพัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายชุมชน การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะ ตามความเหมาะสม การได้รับการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ การจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็น การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ปัจจุบันได้ เดือนละ 500 บาทแก่ผู้สูงอายุทุกคน และผู้สูงอายุที่มีความพิการจะได้รับเบี้ยพิการเพิ่มอีกด้วย

กิจกรรมส่งเสริมที่ทำให้วัยผู้สูงอายุมีสุขภาพดี

1. มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ โดยมีการจัดตั้งชมรม หรือกลุ่มของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน โดยได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในทุกภาคส่วน

2. มีการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ อาจใช้ ตามหลัก 6 อ. คือ อนามัย สิ่งแวดล้อม อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย และอุบัติเหตุ



3. อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยประเมินจากภาวะการมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น มีพื้นที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ไร่ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ /หรือรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ และ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นต้น

4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีแผนงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่น มีคณะกรรมการจัดทำแผน มีการจัดสมัชชา / ประชาคม มีการให้การสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องจิตอาสาในชุมชน เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และมีการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์/สถานที่ เพื่อใช้ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

แนวทางการดูแลวัยผู้สูงอายุ

แนวทางการดูแลวัยผู้สูงอายุที่สำคัญมี 2 ประการ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการประเมินแบบหลายมิติ ทั้งทางสุขภาพกาย การกระทำกิจวัตรประจำวัน สุขภาพทางจิต และภาวะทางสังคม



การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	รายละเอียด
การประเมินสุขภาพทางกาย	- เป็นการวัดสุขภาพทางกายที่จะตัดสินสุขภาพในภาพรวม โดยใช้การตรวจคัดกรองโรค เป็นวิธีในการค้นหาความผิดปกติของโรคหรือปัญหาด้านสุขภาพโรคที่พบบ่อยและควรคัดกรอง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน
การประเมินการกระทำกิจวัตรประจำวัน	- ตรวจสอบเรื่องของการอาบน้ำ - ตรวจสอบเรื่องของการแต่งตัว - ตรวจสอบเรื่องของการรับประทานอาหาร - ตรวจสอบเรื่องของการเคลื่อนย้าย - ตรวจสอบเรื่องของการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ - ตรวจสอบเรื่องของการเดิน เป็นต้น
การประเมินสุขภาพทางจิต	- การประเมินการรู้คิดและภาวะอารมณ์ โดยการสอบถามเกี่ยวกับความจำ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล การคำนวณ การมีสมาธิ และการคิดตัดสินใจ
การประเมินภาวะทางสังคม	- ประเมินเครือข่ายทางสังคม เช่น การติดต่อกับญาติมิตรและเพื่อน มีบุคคลที่ไว้วางใจหรือไม่ - ประเมินการสนับสนุนทางสังคม เช่น การช่วยเหลือทางด้านการเงิน เครื่องใช้ - ประเมินการสนับสนุนทางอารมณ์ เครือข่ายทางสังคมที่เพียงพอจะเป็นการป้องกันความเครียดและช่วยให้เกิดความสามารถในการทำหน้าที่



2. การสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ จึงควรมีการสร้างเสริมเพื่อให้อวัยวะต่างๆ ยังคงสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

การสร้างเสริมสุขภาพ	รายละเอียด
การสร้างเสริมสุขภาพทางกาย	- การออกกำลังกาย จะต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ และพอดี จะเป็น การออกกำลังกายที่ดีที่สุด - อาหาร ผู้สูงอายุต้องได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม อาหารโปรตีน ควรเน้นโปรตีนจากปลา พวกปลาเล็ก ปลาน้อยและไก่ มากกว่าโปรตีนจากเนื้อ และควรเลือกดื่มนมพร่องไขมันบำรุงกระดูก เพิ่มอาหารประเภทผลไม้ ผัก จะช่วยไม่ให้ท้องผูก - ผู้สูงอายุควรพยายามศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางกายและจิตใจ ตลอดจน แนวทางปฏิบัติบำรุงรักษาสุขภาพ เพื่อชะลอความเสื่อมโทรมของร่างกายและเพื่อสุขภาพจิตที่ดี - การสร้างวินัยให้กับตนเอง การเดิน ยืน นั่ง นอน ให้อยู่ในลักษณะ และท่าที่ไม่เสี่ยงต่ออันตราย เช่น เวลานอนไม่นอนทับแขน การนั่งทำงานอย่างนั่งอยู่ในท่าเดียวนานๆ - การใช้เครื่องพยุงตัว (Support) เมื่อการทรงตัวไม่ดี ควรใช้ไม้เท้า หรืออย่างน้อยๆ ก็ใช้ร่ม ถ้าขาไม่ดีหรือการทรงตัวไม่ดีมากๆ อาจต้องใช้เครื่องช่วยพยุงตัวที่มั่นคงยิ่งกว่าไม้เท้า เช่น ราวสำหรับเกาะในห้องน้ำ, บันได การใช้ walker เป็นต้น
การสร้างเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจ	ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ จะรู้สึกตัวเองเป็นภาระแก่ครอบครัวและลูกหลาน คนในครอบครัวต้องทำความเข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุ เช่น ให้ความดูแลเอาใจใส่ไม่แสดงอาการรำคาญ หรือรังเกียจ ไม่ว่าทางสีหน้า ท่าทางหรือด้วยวาจา และการให้เกียรติและเคารพบนอบต่อผู้สูงอายุ
การสร้างเสริมสุขภาพทางสังคม	ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเยี่ยมเยียนเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องในวัยเดียวกัน การมีโอกาสได้พบปะพูดคุยกับบุคคลที่รู้จักหรือคุ้นเคยมาในอดีต แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ถือเป็นความสุขอย่างยิ่งของผู้สูงอายุ

โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพวัยผู้สูงอายุ

1. โครงการการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. โครงการตรวจวัดสายตาและแก้ไขปัญหาการมองเห็นไม่ชัดในกลุ่มผู้สูงอายุ
3. โครงการตรวจสุขภาพช่องปากและแก้ไขปัญหาเรื่องการบดเคี้ยวในกลุ่มผู้สูงอายุ
4. โครงการส่งเสริมความปลอดภัยในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ
5. โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
6. โครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
7. โครงการส่งเสริมกิจกรรมการส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุตามประเพณีและวัฒนธรรม
8. โครงการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ
9. โครงการพัฒนากลุ่มแกนนำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
10. โครงการการสร้างเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ชื่อโครงการ	โครงการการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
หน่วยงานเครือข่าย	- องค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาล - สถานบริการระดับปฐมภูมิ - งานเวชปฏิบัติชุมชน หน่วยชันสูตรโรคของโรงพยาบาลชุมชน
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	เน้นการคัดกรองและค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ เพื่อที่วางแผนการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
วัตถุประสงค์หลัก	- เพื่อสำรวจและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ - เพื่อคัดกรองอาการหรือโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด
ตัวชี้วัด	- ภาวะสุขภาพทางกาย ร้อยละของการพบโรคเบาหวาน ความดันโลหิต เป็นต้น มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ /หรือรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ - ค่าคะแนนภาวะสุขภาพทางจิตและอารมณ์ - ค่าคะแนนภาวะสุขภาพทางสังคม
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน
กิจกรรมหลัก	- การตรวจประเมินภาวะสุขภาพทางกาย เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิตและประเมินภาวะผิดปกติ วัดระดับน้ำตาลในเลือดและประเมินภาวะผิดปกติ การวัดระดับไขมันในเส้นเลือด - การตรวจประเมินภาวะสุขภาพทางจิตและอารมณ์ - การตรวจประเมินภาวะสุขภาพทางสังคม
สถานที่ให้บริการ	- องค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาล - สถานบริการระดับปฐมภูมิ - พื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	- สำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ - ผลการตรวจประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	- ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ - สามารถจำแนกภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้

ชื่อโครงการ	โครงการตรวจวัดสายตาและแก้ไขปัญหาการมองเห็นไม่ชัดในกลุ่มผู้สูงอายุ
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิ 3. คลินิกโรคตาในโรงพยาบาล 4. ร้านแว่นตา 
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	เน้นการช่วยแก้ไขปัญหาด้านสายตา โดยการตรวจวัดสายตา และตรวจอาการที่มองเห็นได้ไม่ชัดในผู้สูงอายุ และประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษา
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อประเมินการมองเห็น 2. เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
ตัวชี้วัด	ผู้สูงอายุได้รับการตรวจและแก้ไขปัญหาด้านสายตาทุกคน
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน
กิจกรรมหลัก	1. ตรวจประเมินภาวะทางสายตา การมองเห็น ต้อเนื้อ ต้อกระจก 2. ประสานงานกับหน่วยบริการคลินิกตาในการส่งต่อผู้มีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางตา 3. ประสานงานกับผู้จัดจำหน่ายแว่นตาสำหรับผู้สูงอายุ 4. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขปัญหาด้านสายตาทุกคน
สถานที่ให้บริการ	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิ 3. พื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. สำนวนจำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ 2. สำนวนจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการแก้ไขปัญหาด้านสายตา 3. สำนวนความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสายตาลดลง 2. ผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขปัญหาด้านสายตาทุกคน

ชื่อโครงการ	โครงการตรวจสุขภาพช่องปากและแก้ไขปัญหาเรื่องการบดเคี้ยวในกลุ่มผู้สูงอายุ
หน่วยงานเครือข่าย	- องค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาล - สถานบริการระดับปฐมภูมิ - หน่วยบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชน - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	เน้นการช่วยแก้ไขปัญหาลงในช่องปาก โดยการประเมินภาวะสุขภาพในช่องปาก การทำฟันปลอม
วัตถุประสงค์หลัก	- เพื่อประเมินภาวะสุขภาพในช่องปาก การบดเคี้ยว - เพื่อให้ผู้สูงอายุมีฟันในการบดเคี้ยวได้อย่างสมบูรณ์
ตัวชี้วัด	-ร้อยละผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดีและได้รับการแก้ไขปัญหาลงในช่องปาก
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน
กิจกรรมหลัก	- จัดหน่วยบริการเคลื่อนที่เพื่อให้บริการตรวจประเมินภาวะสุขภาพในช่องปาก - ประสานงานกับหน่วยบริการคลินิกทันตกรรม ในการส่งต่อผู้มีปัญหาเกี่ยวกับโรคในช่องปาก - ประสานงานกับหน่วยบริการทันตกรรมในการจัดทำฟันปลอมสำหรับผู้สูงอายุ
สถานที่ให้บริการ	- สำนักงานองค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาล - สถานบริการระดับปฐมภูมิ - พื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	- สำรวจจำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ - สำรวจจำนวนผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขปัญหาลงในช่องปาก และมีฟันปลอม - สำรวจความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	- ผู้สูงอายุมีปัญหาทางช่องปากลดลง - ผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขปัญหาลงในช่องปากทุกคน

ชื่อโครงการ	โครงการส่งเสริมความปลอดภัยในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2. องค์การเอกชนด้านการก่อสร้าง 3. หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	เน้นการปรับปรุงสภาพภายในบ้านให้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวัน
วัตถุประสงค์หลัก	เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ
ตัวชี้วัด	อัตราการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุในบ้าน
กลุ่มเป้าหมาย	บ้านที่มีผู้สูงอายุทุกหลัง
กิจกรรมหลัก	1. ตรวจสอบสภาพบ้านของผู้สูงอายุ เช่น ทางเข้า-ออก บ้าน บันได ที่นอน ห้องน้ำ ห้องครัว เป็นต้น 2. วิเคราะห์สภาพบ้านที่อาจจะทำให้เกิดอุบัติเหตุต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ห้องน้ำที่เหมาะสมควรเป็นลักษณะที่พื้นไม่ลื่น มีราวเกาะ โถส้วมควรเป็นชนิดนั่ง ไม่ควรเป็นชนิดนั่งยอง 3. ร่วมกับคนในครอบครัวเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงให้เหมาะสม 4. หาแหล่งสนับสนุนในการปรับปรุงสภาพบ้าน 5. ประเมินผลการปรับปรุงสภาพบ้านของผู้สูงอายุ
สถานที่ให้บริการ	บ้านของผู้สูงอายุ
วิธีการประเมินผล	1. ตรวจสอบสภาพการปรับปรุงบ้านของผู้สูงอายุ 2. สัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและคนในครอบครัว 3. ตรวจสอบสถิติการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านของผู้สูงอายุ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านที่มีความปลอดภัย 2. ไม่เกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุภายในบ้าน

ชื่อโครงการ	โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิ 3. ครูสอนการออกกำลังกาย
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	เน้นการส่งเสริมให้มีการกิจกรรมทางด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางร่างกายของผู้สูงอายุ
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่แข็งแรง 2. เพื่อป้องกันการเกิดโรคทางกาย และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ข้อติด น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
ตัวชี้วัด	- กิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชนิด ประเภท ของการออกกำลังกาย
กลุ่มเป้าหมาย	1. กลุ่มผู้สูงอายุ 2. กลุ่มแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3. กลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ
กิจกรรมหลัก	1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกลุ่มการออกกำลังกาย 2. จัดอบรมเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 3. สนับสนุนการหาอาสาสมัครหรืองบประมาณในการจ้างผู้นำในการออกกำลังกายต่างๆ เช่น การรำไทเก๊ก การบริหารลมปราณไทชิ-ชี่กง หรือการออกกำลังกายตามรูปแบบศิลปะนาฏศิลป์พื้นบ้าน เพื่อเป็นแบบอย่างและเป็นผู้ดำเนินการออกกำลังกายแต่ละวัน 4. จัดเตรียมสถานที่สำหรับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ 5. ประเมินผลการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย
สถานที่ให้บริการ	ในพื้นที่ (ขึ้นกับความเหมาะสมและความสะดวกของผู้สูงอายุในการมาร่วมกิจกรรม)
วิธีการประเมินผล	1. สำรวจจำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย 2. สำรวจการจัดตั้งกลุ่มการออกกำลังกาย 3. สำรวจชนิด ประเภทของการออกกำลังกาย
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. มีกลุ่มการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ 2. ผู้สูงอายุเข้าร่วมการออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ

ชื่อโครงการ	โครงการ สร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิ 3. วัด สถานปฏิบัติธรรม
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	เน้นกิจกรรมทางด้านการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและอารมณ์ เพื่อให้ ผ่อนคลาย มีจิตใจที่ผ่องใส
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่แจ่มใส เบิกบาน 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความผ่อนคลาย มีกิจกรรมคลายเหงา
ตัวชี้วัด	- จำนวนกิจกรรมการส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี - ร้อยละผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน
กิจกรรมหลัก	1. จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มกันและแลกเปลี่ยนภูมิปัญญาการ ดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันผ่านเวทีการอบรม 2. กิจกรรมปฏิบัติธรรมในวันสำคัญทางศาสนาเพื่อให้ประชาชนมี ความสุขทางใจและส่งผลดีต่อร่างกาย 3. สร้างเสริมสุขภาพใจรวมกลุ่มผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสม กับพื้นที่ เช่น การเพาะเห็ดฟาง กิจกรรมประดิษฐ์ดอกไม้จันทน์ เป็นต้น 4. ประเมินผลการดำเนินกิจกรรม
สถานที่ให้บริการ	1. หอประชุมสำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2. พื้นที่ในชุมชน 3. วัด
วิธีการประเมินผล	1. สำนวณจำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและ อารมณ์ 2. สำนวณจำนวนกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและอารมณ์ 3. สำนวณความพึงพอใจและความสุขในการร่วมกิจกรรม 4. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางจิตและอารมณ์อย่าง สม่ำเสมอ 2. ผู้สูงอายุมีจิตใจที่แจ่มใสและเบิกบาน

ชื่อโครงการ	โครงการส่งเสริมกิจกรรมการส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุตาม ประเพณีและวัฒนธรรม
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิ 3. วัด สถานปฏิบัติธรรม 4. โรงเรียน
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	เน้นกิจกรรมที่เสริมสร้างควมมีคุณค่า ของผู้สูงอายุ ประเพณีและวัฒนธรรมใน ท้องถิ่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกคน ในชุมชน
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อสร้างเสริมควมมีคุณค่าของผู้สูงอายุ ประเพณีและวัฒนธรรม 2. เพื่อสร้างการอยู่ร่วมกันในสังคมของครอบครัวและชุมชน 3. เพื่อส่งเสริมขวัญและกำลังใจของผู้สูงอายุ
ตัวชี้วัด	- จำนวนกิจกรรมการส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุตามประเพณีและวัฒนธรรม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน - ร้อยละของความรู้สึกมีคุณค่าในผู้สูงอายุ
กลุ่มเป้าหมาย	1. กลุ่มผู้สูงอายุ 2. ผู้นำชุมชน 3. ครอบครัว
กิจกรรมหลัก	1. ปลูกฝังแนวคิดเกี่ยวกับความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ บิดา มารดา และ ผู้สูงอายุ ไม่ปล่อยทอดทิ้งให้ชีวิตด้วยความยากลำบาก 2. จัดกิจกรรมวันกตัญญู ในวันสงกรานต์ เพื่อส่งเสริมขวัญและกำลังใจ ให้กับผู้สูงอายุ โดยการรดน้ำดำหัว ขอพร 3. จัดการแสดงความเคารพผู้สูงอายุในวันสำคัญอื่นๆ ตามประเพณีและ วัฒนธรรมในพื้นที่ 4. การติดตามประเมินผล
สถานที่ให้บริการ	1. หอประชุมสำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2. พื้นที่ในชุมชน ขึ้นอยู่กับสถานที่จัดกิจกรรมตามประเพณีท้องถิ่น
วิธีการประเมินผล	1. สสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 2. สสำรวจจำนวนกิจกรรมส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 3. สสำรวจความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น 2. ครอบครัวและชุมชนเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุมากขึ้น



ชื่อโครงการ	โครงการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิ 3. งานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	เน้นการส่งเสริมกลุ่มของผู้สูงอายุ ให้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ได้แก่ การออกกำลังกายหรือการวัดรอบเอวหรือการเยี่ยมเยียนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น <u>หมายเหตุ</u> การจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ อาจใช้ตามหลัก 6 อ. คือ อนามัยสิ่งแวดล้อม อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย อุบัติเหตุ ซึ่งอาจจัดสลับกันเดือนละกิจกรรมได้
วัตถุประสงค์หลัก	เพื่อให้มีการดำเนินการของชมรมของผู้สูงอายุ ในการทำกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์
ตัวชี้วัด	- ชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมสุขภาพร่วมกันทุกเดือนอย่างน้อยเดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดตามกพร. อ้างอิงจากกรมอนามัย ปี 2551)
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน
กิจกรรมหลัก	1. ร่วมประชุมร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ 2. ร่วมกันวางแผน กำหนดกิจกรรมในการดำเนินการของชมรม 3. ช่วยสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรม 4. ประเมินผลการดำเนินกิจกรรม
สถานที่ให้บริการ	1. ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิ 3. พื้นที่ที่มีความเหมาะสมในแต่ละชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. สำนวจจำนวนสมาชิกในชมรมร่วมกิจกรรมครั้งละไม่น้อยกว่า 10 คน 2. สำนวจมีการดำเนินกิจกรรมของชมรมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 12 (ครั้ง/ปี)
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ 2. มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากการจัดตั้งชมรมอย่างต่อเนื่อง

ชื่อโครงการ	โครงการพัฒนากลุ่มแกนนำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิ 3. งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	- เน้นการสร้างเสริมศักยภาพในด้านความรู้ เจตคติและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ
วัตถุประสงค์หลัก	- เพื่อพัฒนาศักยภาพของแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุ
ตัวชี้วัด	- ร้อยละของความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ - จำนวนการดำเนินกิจกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มแกนนำ
กลุ่มเป้าหมาย	1. อาสาสมัครหรือจิตอาสาในหมู่บ้าน 2. อบต., ผู้นำชุมชน, อสม., และผู้เกี่ยวข้อง
กิจกรรมหลัก	1. การพัฒนาศักยภาพ การอบรมความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลผู้สูงอายุ 2. การมอบหมายผู้รับผิดชอบในงานการดูแลผู้สูงอายุ กำหนดกิจกรรม และวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ 3. การจัดกิจกรรมสาธิตเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย การประกอบอาหารสำหรับผู้สูงอายุ 4. กิจกรรมนันทนาการ ศึกษาดูงาน 5. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เวทีพูดคุยสะท้อนปัญหาและระดมสมองเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ
สถานที่ให้บริการ	1. ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิ 3. สำนักงาน อบต./เทศบาล
วิธีการประเมินผล	1. แบบประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 2. สัมรวจกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. แกนนำมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 2. แกนนำปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้มากขึ้น

ชื่อโครงการ	โครงการการสร้างเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิ 3. งานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 4. วัด 5. โรงเรียน
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	เน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในชุมชนให้มีการบูรณาการเน้นส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อให้มีเครือข่ายในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 2. เพื่อให้เกิดการร่วมมือกันในการดูแลผู้สูงอายุ
ตัวชี้วัด	- จำนวนเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
กลุ่มเป้าหมาย	1. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล 2. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ 3. เจ้าหน้าที่งานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 4. พระ 5. ครูและนักเรียน 6. ผู้นำชุมชน 7. ผู้สูงอายุ
กิจกรรมหลัก	1. ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อร่วมประชุมปรึกษาและวางแผนการสร้างเครือข่าย 2. แต่งตั้งคณะกรรมการประจำเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3. กำหนดเป้าหมายของเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ 4. วางแผน กำหนดกิจกรรมของเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ 5. ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมของเครือข่าย
สถานที่ให้บริการ	1. ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิ 3. สำนักงาน อบต./เทศบาล หรือพื้นที่ที่มีความเหมาะสมในแต่ละชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. สืบตรวจการติดตามการดำเนินงานของเครือข่าย 2. สืบตรวจความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในการดูแลจากเครือข่าย
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. เกิดการรวมตัวของบุคคลหรือหน่วยงานที่ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ 2. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมการดูแลตนเองจากเครือข่าย

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข (2551) **ข้อมูลตัวชี้วัดเมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand)**

เข้าถึงข้อมูลวันที่ 4 กรกฎาคม 2552 จาก [http://](http://203.157.114.10/healthy/word/6table_ht18-26.doc)

203.157.114.10/healthy/word/6table_ht18-26.doc.

ประคอง อินทรสมบัติ (2549). **การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ**. งามาธิบดี

พยาบาลสาร. 2(3), 44-57.

ภัทรวินท์ ภัทธีรมย์ (2550). **คู่มือดูแลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ ; เครือเถา.

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว (2545). **สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและบทบาทของสุขศึกษาในการ**

ส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ; เจริญดีการพิมพ์.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2542). ข้อมูลผู้สูงอายุที่น่าสนใจ.

กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมนึก กุลสติดพร (2549). **กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2; กรุงเทพฯ; ออฟ

เซ็ท เพรส.

สำนักงานปลัดกระทรวง. (2550). **การสาธารณสุขไทย 2548-2550**. สรุปรายงาน

สถานการณ์สาธารณสุขไทย กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ท.

เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับ
คนพิการและทุพพลภาพ



เมนูสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ และคุณภาพ

ประเภทและข้อจำกัดของคนพิการ



ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในคนพิการ



โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพ คนพิการ

1. โครงการรณรงค์ตรวจประเมินความพิการเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพ และจดทะเบียนคนพิการ
2. โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพและให้การช่วยเหลือคนพิการที่อยู่ ห่างไกล และทุรกันดาน
3. โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการ
4. โครงการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อคนพิการ
5. โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน คนพิการทางกาย
6. โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน คนพิการทางสติปัญญา
7. โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน คนพิการ ทางจิตและอารมณ์
8. โครงการตรวจร่างกายประจำปีคนพิการ
9. โครงการสนับสนุนสื่อ และเครื่องช่วยคนพิการเพื่อ สนับสนุน การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
10. โครงการ ร่วมด้วย ช่วยกัน ชุมชนสมานฉันท์ ให้ความสำคัญ คนพิการ
11. โครงการเฝ้าระวังความพิการ
12. โครงการนำพระเยี่ยมบ้าน ให้คนพิการคลายทุกข์
13. โครงการส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการเลี้ยงดูคนพิการ
14. โครงการส่งเสริมการใช้กายอุปกรณ์
15. โครงการส่งเสริมการศึกษาและการสื่อสารผ่านอักษรเบรลล์
16. โครงการเทคนิคการสื่อสาร โดยใช้ภาษามือ
17. โครงการกายภาพบำบัดสำหรับผู้พิการทางกาย
18. โครงการแลกเปลี่ยนกำลังใจ เปลี่ยนวิธีคิด ชีวิตเปลี่ยน
19. โครงการพัฒนาศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
20. โครงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลคนพิการทางสติปัญญา

เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนพิการและทุพพลภาพ

อโนชา ทัศนานชัย
 รัชณี สรรเสริญ
 เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ
 วรรณรัตน์ ลาวัง

คนพิการ

จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับความพิการของประชากรไทยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2517 พบว่ามีคนพิการทั้งสิ้น ร้อยละ 0.5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2517 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.7 ในปี 2534 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.8 และในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการสำรวจความพิการทั่วประเทศครั้งล่าสุด พบว่าประชากรมีความพิการ ร้อยละ 2.9 หรือ 1.9 ล้านคน ของประชากรทั้งหมดของประเทศ และเป็นผู้ที่มีความลำบาก / มีปัญหาสุขภาพประมาณ 1.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 97.9 ของประชากรที่มีความพิการ/มีความลำบากในการดูแลตนเอง ความพิการที่พบมากคือ ความพิการทางด้านร่างกาย



ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ไว้ดังนี้

คนพิการ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความต้องการเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใดเพื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

การเปลี่ยนแปลงในคนพิการ

ความพิการที่เกิดขึ้นจะเป็นลักษณะใดหรือจากสาเหตุใดก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความพิการซึ่งเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุที่เป็นเหตุให้สูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งอย่างกะทันหัน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคนพิการ ดังต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย



การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนว่า มีความผิดปกติไปจากบุคคลทั่วไป เช่น การที่ต้องการมีแขนขาเทียม แขนขาตัวอื่น ทำให้เสียบุคลิกภาพ ขาดความสมบูรณ์ของอวัยวะต่างๆ เป็นต้น มีข้อจำกัดไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ หรือมีความสามารถด้อยลง

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์

สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์นั้น เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากความพิการทางด้านร่างกาย ที่ทำให้คนพิการเกิดความรู้สึก เช่น ความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ หวัง เครียด มองโลกหรือผู้อื่นในแง่ร้าย ซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมเป็นผลมาจากการที่คนพิการต้องเผชิญกับเจตคติทางลบของบุคคลรอบข้างและการถูกแยกออกจากสังคม ทำให้คนพิการรู้สึกด้อยคุณค่า และมองตนเองว่าเป็นพลเมืองชั้นสองของประเทศ ที่ไม่ได้รับสิทธิเท่าเทียมเหมือนกับสมาชิกอื่นๆ ในสังคม จนส่งผลให้คนพิการไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปหากไม่สามารถปรับตัวได้

ประเภทของความพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดประเภทของความพิการไว้ 5 ประเภท ได้แก่ (1) คนพิการทางการมองเห็น (2) คนพิการทางการได้ยิน (3) คนพิการทางการกายหรือทางการเคลื่อนไหว (4) คนพิการทางอารมณ์และพฤติกรรม (5) คนพิการทางสติปัญญา โดยมีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความพิการแต่ละประเภท และระดับความรุนแรงของความพิการ แตกต่างกันดังนี้

1. **คนพิการทางการมองเห็น** หรือ **คนตาบอด** หมายถึง คนที่สูญเสียการเห็นตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงตาบอดสนิท อาจแบ่งความรุนแรงเป็น 2 ระดับ คือ

1) **คนตาบอด** หมายถึง คนที่สูญเสียการเห็น หรือไม่สามารถมองเห็น **ข้อจำกัดของคนตาบอด** คือ ไม่สามารถเรียนรู้โดยการเห็น หรือการดู แต่สามารถเรียนรู้ด้วยประสาทการรับรู้อื่นๆ ทุกประเภท คนตาบอดจึงใช้อักษรเบรลล์ในการอ่าน และเขียน และมักเดินทางด้วยการใช้ไม้เท้าขาว และ

2) **คนเห็นเลือนราง** หมายถึง คนที่มีความบกพร่องทางการเห็นเพียงบางลักษณะ

ข้อจำกัดของคนเห็นเลือนราง คือ ไม่สามารถเห็น หรือเรียนรู้ด้วยการเห็นเหมือนคนทั่วไป สามารถเห็นเฉพาะสิ่งที่มีความใหญ่ตามศักยภาพของแต่ละคน คนสายตาเลือนรางจึงอ่าน และเขียนด้วยอักษรขนาดใหญ่ หรืออ่านโดยใช้แว่นขยายอักษร อาจใช้หรือไม่ใช้ไม้เท้าขาว หรืออักษรเบรลล์



2. **คนพิการทางการได้ยิน** หรือ **คนหูหนวก** หมายถึง คนที่สูญเสียการได้ยิน ตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง อาจแบ่งความรุนแรง เป็น 2 ระดับ คือ

1) **คนหูหนวก** หมายถึง คนที่สูญเสียการได้ยิน จนไม่สามารถรับรู้ และเข้าใจข้อมูลผ่านทางการได้ยิน **ข้อจำกัดของคนหูหนวก** คือ ไม่สามารถเรียนรู้ และสื่อสารด้วยการฟัง และพูด คนหูหนวกจึงเรียนรู้ และสื่อสารด้วยการใช้ภาษามือ การอ่าน และเขียนหนังสือ รวมถึงใช้การดูรูปภาพหรือดูการเคลื่อนไหวของอวัยวะที่ใช้ในการพูด และดูสื่อต่างๆ เช่น สื่ และแสง เป็นต้น



2) **คนหูตึง** หมายถึง คนที่มีการได้ยินเหลืออยู่พอที่จะรับข้อมูล เรียนรู้ และสื่อสารด้วยการได้ยิน คนหูตึงส่วนใหญ่จึงใช้เครื่องช่วยฟัง

ข้อจำกัดของคนหูตึง คือ ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลผ่านการได้ยินครบถ้วน อาจได้ยินไม่ชัดเจนเหมือนคนทั่วไป และมักจะพูดไม่ชัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละคน อย่างไรก็ตามคนหูตึงมักสื่อสารด้วยการฟัง และพูด แต่ต้องใช้การดูปาก หรือดูการเคลื่อนไหวของอวัยวะที่ใช้ในการพูดเพื่อช่วยให้เข้าใจเสียงที่ได้ยินมากขึ้น รวมทั้งสื่อสารด้วยการใช้ภาษามือ การอ่านและเขียนร่วมด้วย

3. **คนพิการด้านร่างกาย** หมายถึง คนที่มีความผิดปกติ หรือความบกพร่องของร่างกาย และการเคลื่อนไหว จึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรบางประการในชีวิตประจำวันได้

เนื่องจากมืออวัยวะไม่สมส่วน อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนขาดหายไป เช่น กระดูกข้อ หรือกล้ามเนื้อผิดปกติ เป็นอัมพาต หรืออ่อนแรง เป็นอัมพาตเนื่องจากสมองพิการ (Cerebral Palsy – CP) และ เจ็บป่วย เรื้อรังรุนแรง เป็นต้น

ข้อจำกัดของคนพิการด้านร่างกาย คือ มักไม่สามารถใช้อวัยวะบางส่วน เคลื่อนไหวหรือเดินทางได้อย่างคนทั่วไป จึงอาจต้องใช้กายอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ไม้ค้ำยัน อุปกรณ์ช่วยเดิน เก้าอี้เข็น แขนหรือขาเทียม เป็นต้น สำหรับคนสมองพิการอาจมีข้อจำกัดในการพูด พูดไม่ได้ พูดด้วยความลำบาก พูดไม่ชัด ทั้งที่สามารถฟัง และเข้าใจเป็นอย่างดี

4. คนพิการทางจิตใจ หรือพฤติกรรม หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

ข้อจำกัดของคนพิการทางจิต คือรับรู้ หรือสื่อสารในระดับจำกัด หรือไม่รับรู้ ไม่สามารถสื่อสารได้หรือบางคนสื่อสารอย่างสับสน รวมทั้งอาจมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจากค่านิยมของสังคม เป็นต้น

5. คนพิการทางสติปัญญา หรือ คนปัญญาอ่อน หมายถึง คนที่เรียนรู้และพัฒนาทักษะที่สำคัญในการดำรงชีวิตช้ากว่าคนปกติทั่วไป โดยเฉพาะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขอนามัยและความปลอดภัย การสื่อสาร การดำรงชีวิตในสังคม การใช้สาธารณสมบัติ การใช้เวลาว่าง การศึกษาและการทำงาน เป็นต้น

ข้อจำกัดของคนปัญญาอ่อน คือ เรียนรู้ช้า และอาจช่วยเหลือตนเองได้จำกัดกว่าคนทั่วไป คนปัญญาอ่อนใช้วิธีการสื่อสารเช่นเดียวกับคนทั่วไป แต่ก็มีพัฒนาการของภาษาทั้งความเข้าใจภาษา และการพูดช้ากว่าคนทั่วไปที่อยู่ในวัยเดียวกัน เข้าใจเฉพาะคำศัพท์ง่ายๆ และภาษาที่ไม่ซับซ้อน และอาจพูดไม่ชัด

ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนพิการ

โดยทั่วไป คนพิการมักถูกมองว่าเป็นผู้ไร้สมรรถภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

1. คนพิการทางการมองเห็น

ปัญหา

- ไม่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยการดู หรือสังเกต

แนวทางการดูแลแก้ไข

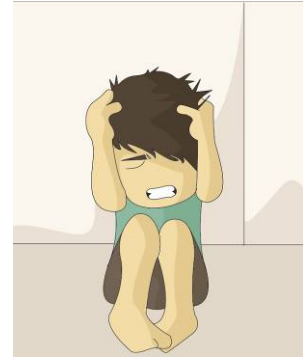
- ในรายที่ตาบอด สามารถเรียนรู้โดยใช้อักษรเบรลล์ในการอ่าน และเขียน

- ในรายที่สายตาเลือนราง สามารถมองเห็นเฉพาะสิ่งใหญ่ตาม ศักยภาพของแต่ละคน จึงสามารถอ่านได้โดยใช้แว่นขยายโดยอาจใช้ หรือไม่ใช่ อักษร เบรลล์ และ อาจใช้หรือไม่ใช้ไม้เท้าในการเดินทาง

2. คนพิการทางการได้ยิน

ปัญหา

- ไม่สามารถเรียนรู้และสื่อสารด้วยการฟัง การได้ยินอย่างครบถ้วนและมักมีการพูดไม่ชัด แต่ต้องใช้ การดูปาก หรือดูการเคลื่อนไหวของอวัยวะในการพูด เพื่อ ช่วยให้เข้าใจเสียงพูดที่ได้ยินมากขึ้น



แนวทางการดูแลแก้ไข

- ใช้กายอุปกรณ์ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้กับร่างกายเพื่อช่วยเหลือการ เคลื่อนไหว เช่น แขนเทียม ขาเทียม อุปกรณ์ประคองหรือตามหลัง อุปกรณ์ตามมือ เป็นต้น แต่โดยทั่วไป ขอบเขตที่แท้จริงของกายอุปกรณ์ ยังรวมถึงอุปกรณ์อื่นๆที่ใช้ กับร่างกายด้วย เช่น ลูกตาเทียม ข้อเท้าเทียมที่ใช้สำหรับผ่าตัดทดแทนขาเดิมใน ผู้ป่วยข้อเท้าเสื่อม เป็นต้น และอุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนไหวต่างๆ เช่น รถล้อเซ็น (Wheelchair) ไม้เท้า หรือ เรียนรู้การใช้ภาษามือในรายที่ไม่สามารถฟังได้ หูหนวก หรือเป็นคนพิการทางการได้ยิน เป็นต้น

3. คนพิการทางร่างกาย

ปัญหา



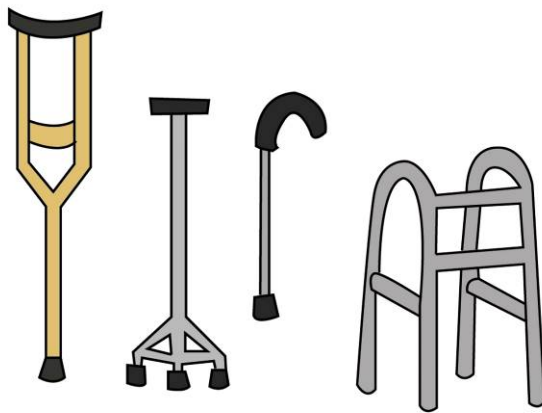
- ไม่สามารถใช้อวัยวะบางส่วน เคลื่อนไหว หรือเดินทางได้อย่างคนทั่วไป เนื่องจากมีอวัยวะไม่สมส่วน อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งขาดหายไป กระดูก ข้อ หรือกล้ามเนื้อ ผิดปกติ เป็นอัมพาต หรือ อ่อนแรง

- กรณีที่เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยมาก เช่น อัมพาต อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้ และการ นอนนานๆ ได้

- กรณีสมองพิการ อาจมีข้อจำกัดในการพูด พูดไม่ชัด พูดลำบาก หรือพูดไม่ได้ ทั้งที่สามารถฟังและเข้าใจเป็นอย่างดี

แนวทางการดูแลแก้ไข

- คนพิการด้านร่างกายที่มีปัญหาทางการเดิน ยืน หรือมีลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น อ่อนแรง หรืออวัยวะไม่สมส่วน เช่น แขนหรือขาขาด จะต้องใช้กายอุปกรณ์ต่างๆช่วย เช่น ไม้เท้า, ไม้ค้ำยัน, Walker , เพื่อช่วยในการพยุงเดิน หรือใช้รถเข็น ในการเคลื่อนที่ เดินทาง



ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน Walker เครื่องช่วยพยุง

- กรณีที่สมองพิการ ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ควรได้รับการแนะนำถึงวิธีการดูแลเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ เช่น ปอดบวม เป็นต้น

- กรณีที่สมองพิการ มีข้อจำกัดในการพูด ก็ควรได้รับการบำบัดฝึกการพูด หรือเรียนรู้ในการใช้ภาพ หรือภาษาอื่นเพื่อสื่อสาร



4. คนพิการทางด้านจิตใจและพฤติกรรม

ปัญหา

- การรับรู้ หรือสื่อสารในระดับจำกัด หรือไม่สามารถรับรู้ ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือ สื่อสารในลักษณะสับสน รวมถึงอาจมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจากค่านิยมของสังคม

แนวทางการดูแลแก้ไข

- คนพิการทางจิตใจและพฤติกรรม ต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ให้ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตนเอง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

5. คนพิการทางด้านสติปัญญาและการเรียนรู้

ปัญหา

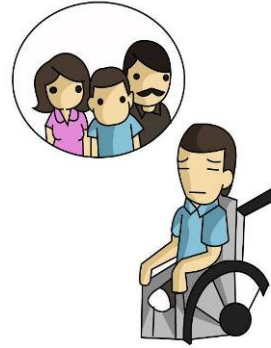
- การเรียนรู้ช้า และอาจช่วยเหลือตนเองได้จำกัดกว่าคนทั่วไป
- การสื่อสาร โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับคนทั่วไป แต่มักมีพัฒนาการของภาษาทั้งการเข้าใจภาษา และการพูดช้ากว่าคนปกติที่อยู่ในวัยเดียวกัน เข้าใจเฉพาะคำศัพท์ง่ายๆ และภาษาที่ไม่ซับซ้อน และอาจพูดไม่ชัด



แนวทางการดูแลแก้ไข

- ดูแลสุขอนามัยและความปลอดภัย ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ เป็นต้น
- กระตุ้นและฟื้นฟูสมรรถภาพ ฝึกหัดในการดูแลกิจวัตรประจำวัน
- ส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม ด้วยการพูดคุยบ่อยๆ ไม่แยกเด็กออกจากสังคมและชุมชน จัดให้มีการร่วมกิจกรรมกับคนอื่นๆ
- ส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการฝึกฝนบ่อยๆ โดยใช้เวลาการฝึกฝนในแต่ละครั้งไม่นาน

ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยสำคัญในการปรับตัว ของคนพิการ



ความพิการแต่ละประเภทเป็นเหตุให้คนพิการแต่ละคนเกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตที่ต่างกัน ดังนั้น คนพิการจึงจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่สร้างเสริม และพัฒนาคนพิการให้สามารถปรับตัว และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป คนพิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพ จะปรับตัวได้ดี มีสุขภาพจิต และบุคลิกภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามคนพิการที่มีอุปสรรคในการปรับตัวจะส่งผลให้คนพิการมีปัญหาสุขภาพจิต และบุคลิกภาพ ดังนี้

1. สิทธิในการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พรบ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พรบ.สุขภาพแห่งชาติ กฎกระทรวง และกฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ

2. ประสิทธิภาพของการวินิจฉัยความพิการ ประเมินศักยภาพคนพิการ และให้คำปรึกษาแนะแนวแก่คนพิการและครอบครัว

3. อายุที่เริ่มความพิการ เช่น แรกเกิด เด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ

4. ประเภทของความพิการ

5. ระดับความรุนแรงของความพิการ และความพิการซ้อน

6. เจตคติ

6.1 เจตคติของคนพิการต่อตนเอง และต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

6.2 เจตคติของครอบครัวคนพิการต่อตนเอง คนพิการ และต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

6.3 เจตคติของคนทั่วไป / ชุมชน ต่อคนพิการ และต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

7. การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น สิทธิ โครงสร้างการบริหาร ระบบบริการ บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม กระตุ้นพัฒนาการ การเรียนรู้ร่วม ข้อมูลข่าวสาร

8. ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ



8.1 ผู้ให้บริการ เช่น เจตคติ ความรู้ ทักษะ ความเป็นสากล

8.2 ระบบการให้บริการ เช่น โครงสร้างการบริหาร งบประมาณ คณะกรรมการจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล การแพทย์ทางเลือก การศึกษา ทางเลือก การประสานงาน ระบบส่งต่อ เครือข่าย

8.3 สื่อ สิ่งอำนวยความสะดวก บริการ และความช่วยเหลือ เช่น เหมาะสม เทคโนโลยี

9. ความพร้อมของครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น เจตคติ ความรู้ ทักษะ ฐานะ ความสัมพันธ์ ความมั่นคงของครอบครัว

10. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น เป็น กรรมการจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะบุคคล

11. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เช่น เป็น กรรมการจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะบุคคล ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน

12. เครื่องช่วยคนพิการ กายอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เช่น กฎกระทรวง

13. สภาพแวดล้อม

14. บริการสร้างเสริม และรักษาสุขภาพทั่วไป

15. บริการควบคุม / ป้องกันโรค และความพิการ

แนวทางการดูแลคนพิการในชุมชน

กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพในพื้นที่รับผิดชอบของกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล สามารถเจรจาตกลงจัดบริการสุขภาพ สำหรับคนพิการและทุพพลภาพแบบเหมารวมหรือ เป็นรายๆ เพิ่มเติมจากการให้บริการตามปกติ เช่น การจัดหน่วยแพทย์ หรือนักกายภาพบำบัด ให้บริการฟื้นฟูสภาพหรือให้ความรู้แก่คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการเชิงรุกในชุมชนในราคา ค่าบริการเพิ่มเติมจากราคามาตรฐานของหน่วย บริการหรือตามที่ตกลงกัน โดยการส่งเสริม สุขภาพในกลุ่มคนพิการสามารถดำเนินการได้ ดังนี้



1. การป้องกันความพิการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ค้นหาเฝ้าระวังความพิการ ตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างคลอด หลังคลอด ตลอดจนความพิการภายหลัง
2. ส่งเสริมความเท่าเทียมในการดำเนินชีวิตในสังคม ให้กำลังใจ ส่งเสริมแนวคิดแก่ผู้พิการในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า
3. ส่งเสริมให้มีการจัดฝึกอบรม เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ ครอบครัว ชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องการป้องกัน ช่วยเหลือฟื้นฟูและพัฒนาคนพิการให้สามารถพึ่งตนเองได้ รวมทั้งรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนและชุมชนให้มีทัศนคติที่ดีและการยอมรับความเท่าเทียมต่อคนพิการ พร้อมทั้งการสร้างจิตสำนึกที่ดีให้คนพิการเข้าใจในสถานภาพของตนและสังคมถูกต้อง ต่อเนื่อง
4. สนับสนุนให้คนพิการได้รับบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องและกว้างขวาง โดยเน้นจัดบริการให้การรักษายาบาลแบบให้เปล่าแก่คนพิการที่ยากจน
5. ส่งเสริมให้คนพิการได้รับบริการการศึกษาในทุกระดับ โดยเน้นการเรียนร่วมในโรงเรียนปกติ ส่วนการศึกษาพิเศษนั้นให้มีเฉพาะเท่าที่จำเป็น
6. ให้มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการด้านอาชีพโดยเน้นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ตลาดแรงงานหรือประกอบอาชีพอิสระ โดยเฉพาะเด็กพิการด้อยโอกาสในชนบท
7. ส่งเสริมการรวมตัวของคนพิการในทุกระดับเพื่อช่วยเหลือกันเองและสนับสนุนองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาคนพิการทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งเสริมงานบริการของหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้สามารถพัฒนาคนพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
8. สนับสนุนครอบครัวที่มีคนพิการหรือเจ็บป่วยเรื้อรังให้ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนและบริการของภาครัฐและเอกชนอย่างเหมาะสมทันการและทั่วถึง
9. จัดสวัสดิการสังคม โดยให้เบี้ยยังชีพแก่คนพิการที่มีสภาพความพิการรุนแรงจนไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพตามกระบวนการที่มีอยู่ได้

สิทธิของคนพิการ

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อคนพิการ 650 ล้านคนทั่วโลกเพราะเหตุว่ากติกาหรือกฎหมายระหว่างประเทศก่อนหน้านี้ขาดความชัดเจนและไม่ครอบคลุมถึงมิติที่คนพิการสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้ โดยที่สาระหลักของ “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ” ซึ่งเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนให้สังคมได้

ตระหนักถึงความสำคัญของการคุ้มครอง และส่งเสริมสิทธิของคนพิการ โดยเน้นที่การจัดอุปสรรคจากภายนอกซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญ และการแก้ไขความเสียเปรียบทางสังคมของคนพิการ ซึ่งก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติ และขัดขวางการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นอย่างยิ่ง ประกอบด้วยหลักการ ๒ ประการ ได้แก่

1. **การพัฒนาสังคม (Social Development)** เป็นการกำหนดมาตรการที่มุ่งพัฒนาบริการในด้านต่างๆ เพื่อช่วยให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ อย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป

2. **การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของคนพิการ** ซึ่งรวมถึงการจัดทําเลือกปฏิบัติและการสร้างหลักประกันความเสมอภาคในทุกมิติ (Non-Discrimination and Equality) โดยเน้นหลักการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ (Accessibility) ประกอบด้วย

1) **การปรับสภาพแวดล้อม ทางกายภาพ อาคารสถานที่ รวมถึงการคมนาคมขนส่ง สารสนเทศและการสื่อสาร และบริการต่าง ๆ ฯลฯ** ให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป โดยการออกแบบที่เป็นสากลและเป็นธรรม (Universal Design) ต่อคนทุกกลุ่ม เช่น การออกแบบและก่อสร้างร่วมให้คนทุกกลุ่มรวมถึงคนพิการที่ใช้เก้าอี้เข็นสามารถใช้ได้อย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป การออกแบบบริการข้อมูลผ่าน Website หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นใดให้อยู่ในรูปแบบที่ทุกคน รวมถึงคนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ เป็นต้น

2) **การจัดให้มีเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก (Assistive Technology)** สำหรับคนพิการแต่ละประเภท เช่น เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูหนวก โปรแกรมอ่านจอภาพคอมพิวเตอร์สำหรับคนตาบอด หรือป้ายบอกทางซึ่งใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจ เป็นต้น

3) **การให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมหรือสมเหตุผล (Reasonable Accommodation)** เพื่อลดการเสียเปรียบทางสังคมของคนพิการแต่ละประเภท เช่น การจัดบริการล่ามภาษามือให้แก่คนหูหนวก การให้มีผู้ช่วยคนพิการสำหรับคนพิการที่มี

ความต้องการจำเป็นพิเศษ อันไม่อาจตอบสนองได้โดยวิธีการทั่วไป รวมถึงความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม เป็นต้น

ดังนั้น คณะอนุกรรมการด้านคนพิการ ในคณะกรรมการการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส รุณมิสภา และเครือข่ายคนพิการ จึงต้องการเรียกร้องให้รัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้บริหารราชการแผ่นดิน โดยเร่งดำเนินการตามเจตนารมณ์ของ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และ “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ” อย่างเร่งด่วน จริงจัง ต่อเนื่อง ทัวถึง และมีประสิทธิภาพ เพื่อปลดเปลื้องความยากจน ความด้อยโอกาส และความเสียเปรียบในการดำรงชีวิตของคนพิการ พร้อมทั้งจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการในทุกกรณี

4. เครือข่ายในการดูแลคนพิการ

✧ มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย	http://www.tddf.or.th
✧ สมาคมคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย	http://www.cdpt.or.th
✧ ศูนย์คนพิการเชียงใหม่	http://www.disabled.infothai.com
✧ มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์	http://www.blind.or.th
✧ มูลนิธิส่งเสริมอาชีพคนตาบอด	http://www.fepblind.ksc.net.th
✧ สมาคมคนพิการทางการเคลื่อนไหวสากล (ส.พ.ค.)	http://www.waddeeja.com
✧ ชมรมนักพัฒนาอุตสาหกรรมไทย (ชาเทียมของไทย)	http://www.thailegs.com
✧ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ	http://www.fcdthai.org/
✧ บ้านราชาวดี สถานสงเคราะห์เด็กพิการทางสมองและปัญญา	http://www.banrajawadee.or.th
✧ องค์การคนพิการสากลประจำภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก	http://www.dpiap.org
✧ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ	http:// www.oppd.opp.go.th
✧ ศูนย์อาชีพอิสระไทย	http://www.geocities.com/thaiautismcenter/about.html

โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพคนพิการและทุพพลภาพ

1. โครงการรณรงค์ตรวจประเมินความพิการเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพ และจดทะเบียนคนพิการ
2. โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพและให้การช่วยเหลือคนพิการที่อยู่ ห่างไกล และทุรกันดาน
3. โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการ
4. โครงการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อคนพิการ
5. โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน คนพิการทางกาย
6. โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน คนพิการทางสติปัญญา
7. โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน คนพิการ ทางจิต และอารมณ์
8. โครงการตรวจร่างกายประจำปีคนพิการ
9. โครงการสนับสนุนสื่อ และเครื่องช่วยคนพิการเพื่อ สนับสนุน การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- 10.โครงการ ร่วมด้วย ช่วยกัน ชุมชนสมานฉันท์ ให้ความสำคัญ คนพิการ
- 11.โครงการเฝ้าระวังความพิการ
- 12.โครงการนำพระเยี่ยมบ้าน ให้คนพิการคลายทุกข์
- 13.โครงการส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการเลี้ยงดูคนพิการ
- 14.โครงการส่งเสริมการใช้กายอุปกรณ์
- 15.โครงการส่งเสริมการศึกษาและการสื่อสารผ่านอักษรเบรลล์
- 16.โครงการเทคนิคการสื่อสารโดยใช้ภาษามือ
- 17.โครงการกายภาพบำบัดสำหรับผู้พิการทางกาย
- 18.โครงการแลกเปลี่ยนกำลังใจ เปลี่ยนวิถีคิด ชีวิตเปลี่ยน
- 19.โครงการพัฒนาศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
20. โครงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลคนพิการทางสติปัญญา

ชื่อโครงการ	โครงการ การรณรงค์ตรวจประเมินความพิการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและจดทะเบียนคนพิการ
หน่วยงานเครือข่าย	● สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ ● งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการตรวจประเมินความพิการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและจดทะเบียนคนพิการทุกประเภทและในทุกช่วงอายุ
วัตถุประสงค์หลัก	1. คนพิการที่ไม่มีสิทธิอื่นใด ได้รับสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบุสิทธิคนพิการ 2. คนพิการที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังไม่ได้ระบุประเภทสิทธิคนพิการ ได้รับการระบุประเภทสิทธิคนพิการ 3. สนับสนุนให้คนพิการได้รับการจดทะเบียนตาม พรบ. ส่งเสริมและพัฒนาฯ
ตัวชี้วัด	ร้อยละ 80 ของคนพิการที่ได้รับการด้านสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในด้านต่างๆ
กลุ่มเป้าหมาย	คนพิการทุกประเภท และทุกช่วงอายุ
กิจกรรมหลัก	1. การค้นหาและนำพาคนพิการมารับการตรวจประเมินและจดทะเบียน 2. ตรวจประเมินความพิการของหน่วยบริการ 3. ทะเบียนผู้มีสิทธิประเภทคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4. จดทะเบียนคนพิการ 5. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่คนพิการ ในเรื่อง สิทธิประโยชน์ของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประโยชน์ของคนพิการ
สถานที่ให้บริการ	1. สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ หรือ 2. สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนคนพิการในพื้นที่ที่จดทะเบียนตามประเภทของความพิการ 2. จำนวนคนพิการที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3. ความพึงพอใจของคนพิการ/ผู้ดูแล
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. คนพิการได้รับการขึ้นทะเบียนและได้สิทธิประโยชน์ของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประโยชน์ของคนพิการตาม พรบ. 2. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ ความรู้ ทักษะและความพร้อมของคนพิการ 3. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ชื่อโครงการ	โครงการ การฟื้นฟูสมรรถภาพและให้การช่วยเหลือคนพิการที่อยู่ห่างไกลและทุรกันดาน
หน่วยงานเครือข่าย	● สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ ● งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล ● สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพและให้การช่วยเหลือคนพิการที่อยู่ห่างไกลและทุรกันดาน
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อให้การช่วยเหลือคนพิการในด้านปัจจัยพื้นฐาน 2. เพื่อบริการจดทะเบียนคนพิการ ในรายที่ยังไม่ได้จดทะเบียน 3. เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามสภาพความพิการ
กลุ่มเป้าหมาย	คนพิการทุกประเภทและทุกช่วงอายุ ที่อยู่ห่างไกลและทุรกันดาน
ตัวชี้วัด	ร้อยละ 80 ของคนพิการที่ได้รับการด้านสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในด้านต่างๆ
กิจกรรมหลัก	1. สำรวจคนพิการและจดทะเบียนคนพิการในรายที่ยังไม่ได้จดทะเบียน 2. ให้การช่วยเหลือคนพิการในด้านปัจจัยพื้นฐาน ตามสภาพความเป็นอยู่ 3. ให้บริการฟื้นฟูสภาพคนพิการ ตามความพิการของแต่ละคน เช่น กายภาพบำบัด ไม้เท้าขาว รถเข็น เป็นต้น 4. ให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับความพิการ เช่น การทำราวเกาะเดิน เป็นต้น 5. ให้คำแนะนำคนพิการและผู้ดูแลและสุขวิทยาส่วนบุคคลของคนพิการ
สถานที่ให้บริการ	1. สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ หรือ 2. สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนคนพิการในพื้นที่ที่จดทะเบียนตามประเภทของความพิการ 2. จำนวนคนพิการที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3. จำนวนคนพิการและประเภทของความพิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. คนพิการในเขตทุรกันดารได้รับการขึ้นทะเบียนและได้สิทธิประโยชน์ของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประโยชน์ของคนพิการตาม พรบ. 2. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติและความพร้อมของคนพิการ 3. คนพิการได้รับการฟื้นฟูสภาพคนพิการ ตามความพิการของแต่ละคน 4. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับองค์กรภายนอก ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ชื่อโครงการ	โครงการ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการ
หน่วยงานเครือข่าย	• สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ • งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล • สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นให้ผู้ดูแลคนพิการ ให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องคนพิการ และมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือ พื้นฟูได้อย่างเหมาะสม
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการ มีความรู้ ความเข้าใจ และการจัดบริการเพื่อคนพิการ 2. เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการ มีทักษะในการให้ดูแล ช่วยเหลือ พื้นฟูและพัฒนาคนพิการ ได้เหมาะสมกับสภาพความพิการ 3. เพื่อให้ผู้ดูแลคนพิการ มีทัศนคติที่ดีต่อคนพิการและครอบครัวมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ ทักษะการบริการและพัฒนาคนพิการให้แก่ครอบครัวและชุมชน
กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มผู้ดูแลคนพิการทุกประเภทในทุกช่วงอายุ
ตัวชี้วัด	คนพิการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน (คน) ร้อยละ 100 จาก จปฐ. 10
กิจกรรมหลัก	เป็นโครงการอบรมผู้ดูแล โดยให้ความรู้และฝึกทักษะ ดังนี้ 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการและสิทธิประโยชน์ต่างๆ 2. บทบาทของผู้ดูแลในการช่วยเหลือคนพิการ 3. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุของความพิการ และความรู้เกี่ยวกับการประเมินสภาพปัญหาของคนพิการ 4. ฝึก เทคนิคการฝึกคนพิการตามประเภทความพิการให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติ กิจกรรมประจำวันได้ (Daily living skills training) เช่นการช่วยเหลือคนพิการทางการมองเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวสำหรับคนพิการ 5. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในพื้นที่เพื่ออำนวยความสะดวกและการปรับสภาพแวดล้อม ของบ้านและชุมชนที่เหมาะสมแก่คนพิการ
สถานที่ให้บริการ	- สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่หรือ - สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนคนพิการที่เข้าร่วมอบรม และประเภทของความพิการ 2. จำนวนผู้ดูแลที่เข้ารับการอบรม 3. ทักษะของผู้ดูแลในการให้การช่วยเหลือคนพิการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ให้ผู้ดูแลคนพิการ ให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องคนพิการ 2. ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือ พื้นฟูได้อย่างเหมาะสม 3. ผู้ดูแลคนพิการมีทัศนคติที่ดีต่อคนพิการและครอบครัว 4. เกิดเป็นองค์ความรู้ถ่ายทอดกันเองในชุมชน เพื่อพัฒนาทักษะและบริการ

ชื่อโครงการ	โครงการ การปรับสภาพแวดล้อมเพื่อคนพิการ
หน่วยงานเครือข่าย	• สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ • งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล • สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ • องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นให้คนพิการทุกประเภท ได้มีสภาพแวดล้อมที่สะดวกและปลอดภัย ต่อการดำเนินชีวิต
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อให้คนพิการได้รับความสะดวกและปลอดภัยในการดำเนินชีวิต 2. เพื่อให้เกิดความร่วมมือของชุมชนเพื่อดูแลคนพิการที่ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม
กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มผู้ดูแลคนพิการทุกประเภทในทุกช่วงอายุ
ตัวชี้วัด	ร้อยละ 80 ของคนพิการที่ได้รับบริการด้านสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในด้านต่างๆ และ ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการขั้นพื้นฐาน
กิจกรรมหลัก	1. สำรวจพื้นที่สาธารณะ เช่น ห้องน้ำสาธารณะ ทางเดิน พุดบาท เป็นต้น 2. ให้การช่วยเหลือคนพิการในด้านปัจจัยพื้นฐานในลักษณะชั่วคราว ตามสภาพความเป็นอยู่ เช่น ทำทางเดินที่สะดวกสำหรับรถเข็นของคนพิการ เป็นต้น 3. ให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมของหมู่บ้านให้เหมาะสมกับความพิการ เช่น การทำราวเกาะเดิน เป็นต้น
สถานที่ให้บริการ	พื้นที่สาธารณะ
วิธีการประเมินผล	ความพึงพอใจของคนพิการในการใช้บริการสาธารณะต่างๆ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. คนพิการได้รับความสะดวกและปลอดภัยในการดำเนินชีวิต 2. เกิดความร่วมมือของชุมชนเพื่อดูแลคนพิการที่ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม

ชื่อโครงการ	การฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้พิการทางกาย
หน่วยงาน เครือข่าย	● สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ ● งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล ● องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของ โครงการ	โครงการนี้เน้นให้คนพิการทางร่างกายได้ฟื้นฟูสมรรถภาพและคัดกรองป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อสำรวจและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 2. เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของคนพิการตามลักษณะความพิการ 3. เพื่อคัดกรองอาการ โรค หรืออาการแทรกซ้อน เช่น ข้อติดแข็งจากไม่ขยับข้อนานๆ 4. เพื่อร่วมกันวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างหน่วยงาน ผู้ดูแลและคนพิการ
กลุ่มเป้าหมาย	คนพิการทางร่างกายในทุกช่วงอายุ
ตัวชี้วัด	ร้อยละ80 ของคนพิการที่ได้รับการด้านสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในด้านต่างๆ
กิจกรรมหลัก	1. สำรวจและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว 2. วางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ ผู้ดูแล และคนพิการเอง 3. มีการจัดอบรมในการใช้กายอุปกรณ์ และส่งเสริมการทำกลุ่ม(การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล และผู้พิการ มาพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง เช่น เรื่องการปรับตัวในระยะแรก และการดูแลที่เหมาะสม เป็นต้น)ที่เหมาะสมกับลักษณะความพิการ 4. จัดบริการการทำกายภาพบำบัด เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกับการให้ความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติเองที่บ้าน 5. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและคนพิการได้ สอบถามในประเด็นเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพร่างกายและอาการแทรกซ้อนจากความพิการ พร้อมเสนอแนะวิธีการดูแลที่ถูกต้อง 6. ประเมินผลโครงการตามที่วางแผนไว้
สถานที่ให้บริการ	1. สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ หรือ 2. สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วิธีการ ประเมินผล	1. จำนวนผู้ดูแลและคนพิการที่เข้าร่วมงาน 2. ระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ทราบปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 2. เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของคนพิการตามลักษณะความพิการ 3. คัดกรองอาการ หรือโรค หรืออาการแทรกซ้อน เช่น ข้อติดแข็งจากไม่ขยับข้อนานๆ 4. เกิดความร่วมมือด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างหน่วยงาน ผู้ดูแล และคนพิการ

ชื่อโครงการ	โครงการ การฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของคนพิการทางสติปัญญา
หน่วยงานเครือข่าย	• สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ • งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นให้คนพิการทางร่างกายได้ฟื้นฟูสมรรถภาพและคัดกรองป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อสำรวจและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 2. เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของคนพิการตามลักษณะความพิการ 3. เพื่อคัดกรองอาการ โรค หรืออาการแทรกซ้อน 4. เพื่อร่วมกันวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างหน่วยงาน ผู้ดูแล และคนพิการ
กลุ่มเป้าหมาย	คนพิการทางสติปัญญาในทุกช่วงอายุ
ตัวชี้วัด	ร้อยละ 80 ของคนพิการ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บ้าน โดยสหวิชาชีพ
กิจกรรมหลัก	1. สำรวจและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 2. วางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ ผู้ดูแล และคนพิการ 3. มีการจัดอบรมในการใช้กายอุปกรณ์ และส่งเสริมการทำกลุ่มที่เหมาะสมกับลักษณะความพิการ 4. จัดบริการการออกกำลังกายบำบัด เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกับการให้ความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติเองที่บ้าน 5. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและคนพิการได้ สอบถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ร่างกายและอาการแทรกซ้อนจากความพิการ พร้อมเสนอแนะถึงวิธีการดูแลที่ถูกต้อง 6. ประเมินผลโครงการตามที่วางแผนไว้
สถานที่ให้บริการ	1. บ้าน 2. สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ หรือ 3. สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนผู้ดูแลและคนพิการที่เข้าร่วมงาน 2. ระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ทราบปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 2. เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของคนพิการ 3. คัดกรองอาการ หรือโรค หรืออาการแทรกซ้อน 4. เกิดความร่วมมือด้านฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างหน่วยงาน ผู้ดูแล และคนพิการ

ชื่อโครงการ	โครงการ การฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของคนพิการทางจิตใจและอารมณ์
หน่วยงานเครือข่าย	● สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ ● งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล ● องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นให้คนพิการทางร่างกายได้ฟื้นฟูสมรรถภาพและคัดกรองป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อสำรวจและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 2. เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของคนพิการ 3. เพื่อคัดกรองอาการ หรือโรค หรืออาการแทรกซ้อน 4. เพื่อร่วมวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างหน่วยงาน ผู้ดูแล และคนพิการ
กลุ่มเป้าหมาย	คนพิการทางจิตใจและพฤติกรรมในทุกช่วงอายุ
ตัวชี้วัด	ร้อยละ 80 ของคนพิการ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บ้าน โดยสหวิชาชีพ
กิจกรรมหลัก	1. สำรวจและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 2. วางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ ผู้ดูแล และคนพิการ 3. มีการจัดอบรมในการใช้กายอุปกรณ์ และส่งเสริมการทำกลุ่มที่เหมาะสมกับลักษณะความพิการ 4. จัดบริการการกายภาพบำบัด เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกับการให้ความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติเองที่บ้าน 5. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและคนพิการได้ สอบถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ร่างกายและอาการแทรกซ้อนจากความพิการ พร้อมเสนอแนะถึงวิธีการดูแลที่ถูกต้อง 6. ประเมินผลโครงการตามที่วางแผนไว้
สถานที่ให้บริการ	1. บ้าน 2. สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ หรือ 3. สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนผู้ดูแลและคนพิการที่เข้าร่วมงาน 2. ระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ทราบปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 2. เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของคนพิการ 3. คัดกรองอาการ หรือโรค หรืออาการแทรกซ้อน 4. เกิดความร่วมมือด้านฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างหน่วยงาน ผู้ดูแล และคนพิการ

ชื่อโครงการ	โครงการ การตรวจร่างกายประจำปีคนพิการ
หน่วยงานเครือข่าย	• สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ • งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นให้การคัดกรองและค้นหาคนพิการที่มีภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ เพื่อที่วางแผนการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของคนพิการ
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อสำรวจและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของคนพิการ 2. เพื่อคัดกรองอาการหรือโรคที่บ่งบอในแต่ละวัยของคนพิการ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเส้นเลือด ในคนพิการที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปหรือมีภาวะเสี่ยงสูง เป็นต้น
กลุ่มเป้าหมาย	คนพิการทุกประเภทในทุกช่วงอายุ
ตัวชี้วัด	ร้อยละ 80 ของคนพิการ ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บ้านโดยสหวิชาชีพ
กิจกรรมหลัก	1. การตรวจประเมินภาวะสุขภาพทางกาย เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิตและประเมินภาวะผิดปกติ วัดระดับน้ำตาลในเลือดและประเมินภาวะผิดปกติ การวัดระดับไขมันในเส้นเลือด 2. การตรวจประเมินภาวะสุขภาพทางจิตและอารมณ์ 3. การตรวจประเมินภาวะสุขภาพทางสังคม
สถานที่ให้บริการ	1. สำนักงานองค์กรบริหารส่วนตำบล หรือ 2. สถานบริการระดับปฐมภูมิ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ หรือ 3. บ้านหรือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางในชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนคนพิการที่มาเข้ารับการตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี 2. ความพึงพอใจของคนพิการ/ผู้ดูแล
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. คนพิการได้รับการคัดกรองโรคและการตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี 2. ข้อมูลพื้นฐานภาวะสุขภาพ ความรู้ ทักษะชีวิตและความพร้อมของคนพิการ 3. เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สถานบริการ สาธารณสุข เป็นต้น





ชื่อโครงการ	โครงการ การสนับสนุนสื่อ และเครื่องช่วยคนพิการ เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
หน่วยงานเครือข่าย	• สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ • งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล • สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ • องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นให้มีการสนับสนุนสื่อ และเครื่องช่วยคนพิการ เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
วัตถุประสงค์หลัก	โครงการนี้เน้นให้เกิดสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้สื่อและเครื่องช่วยพิการต่างๆ
กลุ่มเป้าหมาย	คนพิการทุกประเภทในทุกช่วงอายุ
ตัวชี้วัด	ร้อยละ80 ของคนพิการที่ได้รับบริการด้านสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในด้านต่างๆ
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินสภาพความพิการ 2. เตรียมความพร้อมและประเมินความต้องการสื่อและเครื่องช่วยคนพิการ 3. ร่วมกันวางแผนการดูแล โดยเจ้าหน้าที่ ครอบครัวผู้ดูแล และคนพิการ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ 4. รวบรวมปัญหาและความต้องการในการใช้สื่อและเครื่องช่วย 5. วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันในทีม 6. ประเมินผลการดำเนินโครงการ
สถานที่ให้บริการ	1. ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ 2. บ้านหรือที่พัก 3. สำนักงาน อบต. หรือพื้นที่ที่มีความเหมาะสมในแต่ละชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนคนพิการและผู้ดูแล ครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการ 2. ระดับความพึงพอใจในการใช้บริการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. คนพิการได้รับการสนับสนุนในด้านสื่อและเครื่องช่วยคนพิการ 2. คนพิการได้รับความปลอดภัยและสะดวกสบายจากการใช้สื่อและเครื่องช่วย 3. เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และคนพิการในการวางแผนและร่วมกันดูแลเครื่อง

ชื่อโครงการ	โครงการ ร่วมด้วย ช่วยกัน ชุมชนสมานฉันท์ ให้ความสำคัญ คนพิการ
หน่วยงานเครือข่าย	● สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ ● งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล ● สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ● องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นให้การรวมกลุ่มของคนพิการ ร่วมกันดำเนิน กิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
วัตถุประสงค์หลัก	เพื่อให้มีการจัดตั้งชมรมคนพิการ ในการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริม สุขภาพทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ และร่วมฟื้นฟู โดย ชุมชน
กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มผู้ดูแลและคนพิการทุกประเภทและทุกช่วงอายุ
ตัวชี้วัด	คนพิการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน (คน) ร้อยละ 100 จาก จปฐ.10
กิจกรรมหลัก	1. รวบรวมสมาชิกชมรม 2. จัดตั้งประธานและคณะกรรมการชมรมคนพิการ 3. ร่วมกันวางแผน กำหนดกิจกรรมในการดำเนินการของชมรม คนพิการ 4. วางแผนดำเนินการในส่วนของการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือ พัฒนาอาชีพร่วมกัน 5. ประเมินผลการดำเนินกิจกรรม
สถานที่ให้บริการ	1. ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ 2. สำนักงาน อบต. หรือพื้นที่ที่มีความเหมาะสมในแต่ละชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. มีสภาคนพิการเป็นศูนย์รวบรวมผลงานคนพิการด้านต่างๆ 2. จำนวนคนพิการผู้เข้าร่วมเป็นสมาชิก 3. จำนวนผลงานของกิจกรรมการดำเนินงานของชมรมคนพิการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของคนพิการจากการจัดตั้งชมรม 2. คนพิการมีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมร่วมกัน



ชื่อโครงการ	โครงการ นำพระเยี่ยมบ้าน ให้คนพิการคลายทุกข์
หน่วยงานเครือข่าย	● สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ ● งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล ● สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ● องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่คนพิการ โดยพระภิกษุสงฆ์ ให้คนพิการได้ทำบุญและรับฟังธรรมะเพื่อคลายทุกข์
วัตถุประสงค์หลัก	เกิดการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่คนพิการ โดยพระภิกษุสงฆ์ ให้คนพิการได้ทำบุญและรับฟังธรรมะเพื่อคลายทุกข์ที่บ้านพัก
กลุ่มเป้าหมาย	คนพิการทุกประเภทและทุกช่วงอายุ
ตัวชี้วัด	ร้อยละ 80 ของคนพิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ
กิจกรรมหลัก	1. สำรวจและวางแผนการเยี่ยมบ้าน ระหว่างเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบร่วมกับพระภิกษุสงฆ์ 2. แจ้งให้คนพิการและครอบครัวทราบถึงวันที่ และเวลาในการเข้าเยี่ยม เพื่อให้ได้เตรียมครอบครัวและสิ่งของหากต้องการจะทำบุญ 3. ให้คนพิการได้ร่วมกับฟังธรรมะและสนทนาธรรม เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย 4. ประเมินผลของการดำเนินโครงการ
สถานที่ให้บริการ	บ้าน ที่พัก
วิธีการประเมินผล	1. ระดับความพึงพอใจจากคนพิการและครอบครัว 2. ระดับความเครียด หรือ ระดับความเจ็บปวดของคนพิการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. คนพิการและครอบครัวผู้ดูแล ได้รับการผ่อนคลายความทุกข์ใจ 2. กระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำในชุมชนและพระสงฆ์

ชื่อโครงการ	โครงการ ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการเลี้ยงดูคนพิการ
หน่วยงานเครือข่าย	● สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ ● งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล ● สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นให้การให้กำลังใจและการส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว ในการเลี้ยงดูคนพิการ
วัตถุประสงค์หลัก	1. ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการดูแล เลี้ยงดูคนพิการ 2. เพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการและครอบครัวของผู้ดูแล
กลุ่มเป้าหมาย	ครอบครัวและคนพิการทุกประเภทและทุกช่วงอายุ
ตัวชี้วัด	คนพิการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน (คน) ร้อยละ 100 จาก จปฐ.10
กิจกรรมหลัก	1. ประเมินศักยภาพของครอบครัวในการเลี้ยงดูคนพิการ ถึงวิธีการและคุณภาพชีวิตของคนพิการ 2. ให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลคนพิการ 3. ร่วมกันวางแผนการดูแล พุดคุยถึงปัญหาในการดำเนินการต่างๆ 4. ให้กำลังใจและส่งเสริมศักยภาพในการดูแลคนพิการของครอบครัว 5. ประเมินการดำเนินโครงการ
สถานที่ให้บริการ	บ้าน
วิธีการประเมินผล	ระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ครอบครัวสามารถดูแลคนพิการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 2. คนพิการได้กลับเข้าสู่สังคม และชุมชน สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย 3. ครอบครัวคนพิการ สามารถดำเนินการและให้ความรู้ผู้อื่นในชุมชนเกี่ยวกับการวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องของคนพิการได้

ชื่อโครงการ	โครงการ กายภาพบำบัดสำหรับคนพิการทางกาย
หน่วยงานเครือข่าย	● สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ ● งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล ● สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นให้คนพิการทางกาย ได้รับการตรวจ คัดกรองและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการทํากายภาพบำบัด
วัตถุประสงค์หลัก	คนพิการทางกาย ได้รับการตรวจ คัดกรองและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการทํากายภาพบำบัด
กลุ่มเป้าหมาย	คนพิการทางกายทุกช่วงอายุ
ตัวชี้วัด	ร้อยละ 80 ของคนพิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บ้าน โดยทีม สหวิชาชีพ
กิจกรรมหลัก	1. สำรวจและคัดกรองความพิการทางกาย 2. วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่ นักกายภาพบำบัดและ ผู้ดูแล คนพิการ 3. นัดวันทํากายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อประสิทธิภาพในการทำ 4. ให้ความรู้ในการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลสะดวกในการนำไปใช้ได้จริง 5. ดำเนินการประเมินโครงการ
สถานที่ให้บริการ	1. ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ 2. บ้าน 3. สำนักงาน อบต. หรือพื้นที่ที่มีความเหมาะสมในแต่ละชุมชน
วิธีการประเมินผล	- จำนวนคนพิการที่เข้ารับการทํากายภาพบำบัด - ระดับความพึงพอใจของการเข้าร่วมโครงการ
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	- คนพิการทางกาย ได้รับการตรวจ คัดกรองและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการทํากายภาพบำบัด - เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติการดูแลคนพิการในระดับสหสาขา

ชื่อโครงการ	โครงการ พัฒนาศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
หน่วยงานเครือข่าย	● สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ ● งานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาล ● สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ● องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สรุปสาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้เน้นให้นำภูมิปัญญาท้องถิ่นในแต่ละท้องถิ่น เพื่อนำมาพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในแบบยั่งยืน
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อให้คนพิการมีสุขภาพจิตที่แจ่มใส เบิกบาน 2. เพื่อให้คนพิการมีความผ่อนคลาย มีกิจกรรมคลายเหงา 3. เพื่อใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
กลุ่มเป้าหมาย	คนพิการทางกายทุกช่วงอายุ
ตัวชี้วัด	ร้อยละ 80 ของคนพิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ
กิจกรรมหลัก	1. จัดกิจกรรมให้คนพิการทางจิตและอารมณ์ได้รวมกลุ่มกันและแลกเปลี่ยนภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันผ่านเวทีการอบรม 2. กิจกรรมปฏิบัติธรรมในวันสำคัญทางศาสนาเพื่อให้ประชาชนมีความสุขทางใจและส่งผลต่อร่างกาย 3. สร้างเสริมสุขภาพใจรวมกลุ่มคนพิการทางจิตทำกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับพื้นที่ เช่น การเพาะเห็ดฟาง กิจกรรมประดิษฐ์ดอกไม้จันทน์ เป็นต้น 4. ประเมินผลการดำเนินกิจกรรม
สถานที่ให้บริการ	1. ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่ 2. บ้าน 3. สำนักงาน อบต. หรือพื้นที่ที่มีความเหมาะสมในแต่ละชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. การเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและอารมณ์ 2. จำนวนกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและอารมณ์ 3. ความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. คนพิการทางจิตใจและอารมณ์ เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางจิตและอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ 2. คนพิการทางจิตใจและอารมณ์จิตใจที่แจ่มใสและเบิกบาน 3. เกิดการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นและรักษาวัฒนธรรมการดูแลต่อไป

บรรณานุกรม

- ชนิษฐา นันทบุตร. (2551). **ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบการพยาบาล สภาการพยาบาล.
- พรนภา หอมสินธุ์. (2536). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของคนพิการแขนขา ที่เข้ารับการฟื้นฟูสภาพ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน จังหวัดปทุมธานี**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศุภย์สิรินธร. (2542). **คู่มือการปฏิบัติงานด้านเวชกรรมฟื้นฟูสำหรับแพทย์เกี่ยวกับการป้องกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่มีความพิการ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- อรพินธ์ พิทักษ์มหาเกตุ. (2537). **ปัญหาการเข้าสู่ตลาดแรงงานของคนพิการที่เคยได้รับการฟื้นฟูอาชีพคนพิการ**. กรุงเทพฯ: เอกสารทางวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล
- รณ ขวัญขึ้น และสุภรธรรม มงคลสวัสดิ์. (2546). **วิธีชีวิตและสวัสดิการของคนพิการทางกาย**. กรุงเทพฯ: โครงการการพัฒนาระบบสวัสดิการสำหรับคนจนและคนด้อยโอกาสในสังคมไทย

เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับ ครอบครัวและชุมชน



เมนูสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับครอบครัวและชุมชน

ความเสี่ยง และปัญหาสุขภาพ

ตัวชี้วัดสถานการณ์สุขภาพ

แนวทางการดูแลของครอบครัวและชุมชน

โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพครอบครัวและชุมชน

1. โครงการครอบครัวมีสุข
2. โครงการครัวชุมชน
3. การทำบุญร่วมกันของชุมชน
4. โครงการความรู้เรื่องอาหารปลอดภัย
5. โครงการความรู้เรื่องการปลูกผักปลอดสารพิษ
6. โครงการฝึกสวนครัวรั้วกินได้
7. โครงการฝึกกระถาง
8. โครงการแรลลี่ วันล้างไข่เลือดออก
9. โครงการคนดี เมืองดี
10. โครงการสิ่งแวดล้อมดี ชุมชนดี น่ายู
11. โครงการเปลี่ยนขยะ เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม
12. โครงการรณรงค์ลด ละ เลิกบุหรี่
13. โครงการกีฬาต้านยาเสพติด
14. โครงการทิวทัศน์ธรรมชาติ

เมนูสร้างเสริมสุขภาพสำหรับ

ครอบครัวและชุมชน

ณัชชาภิญญ์ ด้วงมั่ง
อโนชา ทศนาถนชัย
รัชนี สรรเสริณ
เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ
วรรณรัตน์ ลาวัง



ครอบครัว

ครอบครัว คือ หน่วยที่เล็กที่สุดในสังคมซึ่งประกอบด้วยสมาชิกตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปมาอาศัยอยู่ด้วยกัน อาจมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต โดยการแต่งงาน หรือมีความรักความผูกพันต่อกัน

เมื่อหลายครอบครัวอยู่ใกล้ชิด ในบริเวณเดียวกันก็จะกลายเป็นชุมชน หากคนในครอบครัวมีสุขภาพที่ดี ก็จะส่งผลให้ชุมชนเป็นชุมชนที่ดี และเป็นชุมชนเข้มแข็ง

1. ครอบครัว สำคัญไฉน

ครอบครัวเป็นที่หล่อหลอมและอบรมสมาชิกในครอบครัว ซึ่งถือเป็นสถาบันเริ่มต้นของสังคมทุกสังคม ดังนั้น สถาบันครอบครัวจึงมีความสำคัญในการพัฒนาคน ช่วยในการขจัดปัญหาความรุนแรงต่าง ๆ ทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคม ส่งผลให้เกิดครอบครัวที่มีคุณภาพ และชุมชนที่เข้มแข็งต่อไป

ถ้าสถาบันครอบครัวมีความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวย่อมมีความสุข และมีสุขภาพดีทุกด้าน หากทุกครอบครัวอบอุ่นย่อมจะทำให้ชุมชนอบอุ่นหรือเป็นชุมชนเข้มแข็งต่อไปได้

ฉะนั้น ครอบครัวอบอุ่น จึงเป็นการที่คนในครอบครัวได้ใช้ชีวิตร่วมกันด้วยความรัก ผูกพัน ประารถนาดีต่อกัน มีความรับผิดชอบ เอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกัน มีส่วนร่วมทุกขั้วร่วมสุข ปรึกษาหารือ และแก้ปัญหาาร่วมกันในบรรยากาศที่สงบสุข ซึ่งจะนำไปสู่ความเป็นครอบครัวที่เข้มแข็งได้

2. ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพของครอบครัว

ครอบครัวมีสมาชิกหลายคนอาศัยอยู่ร่วมกัน มีความแตกต่างกันในเรื่องอายุ วุฒิภาวะ หรือแม้แต่อารมณ์ของแต่ละคน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของครอบครัวขึ้นได้ ซึ่งสามารถจำแนกได้ ดังนี้



2.1 พัฒนาการครอบครัว

พัฒนาการครอบครัว เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัว เป็นระยะๆ มักเกิดจากการหดหรือขยายขนาดครอบครัว ซึ่งระยะของครอบครัวแบ่งได้ ดังนี้

2.1.1 เริ่มต้น ครอบครัวจะเริ่มตั้งแต่สมรสจนกระทั่งภรรยาตั้งครรภ์บุตรคนแรก

2.1.2 เลี้ยงดู พ่อแม่เลี้ยงดูบุตร ตั้งแต่แรกเกิดจนบุตรคนแรกอายุ 25 ปี

2.1.3 ก่อนวัยเรียน บุตรก่อนวัยเรียน เริ่มจากอายุ 2.6 ปี – 5 ปี

2.1.4 วัยเรียน บุตรวัยเรียน นับ

จากบุตรคนแรกอายุ 6 – 12 ปี

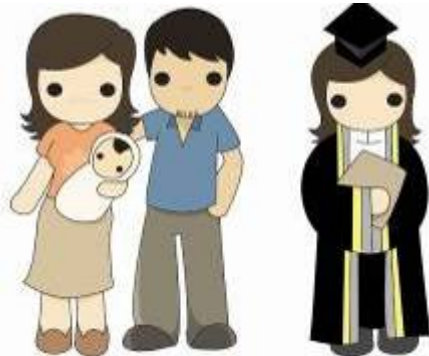
2.1.5 วัยรุ่น บุตรวัยรุ่น นับจาก

บุตรคนแรกอายุ 13 - 20 ปี

2.1.6 สร้างครอบครัว การแยกครอบครัวใหม่ นับจากบุตรคนแรกแยกตัวออกจากบ้านมาอาศัยของตนเอง หรือแต่งงาน

2.1.7 ครอบครัววัยกลางคน

ครอบครัวที่บุตรส่วนใหญ่หรือทั้งหมดแยกครอบครัวไป



2.1.8 ครอบครัววัยชรา ครอบครัววัยชราเริ่มจากภายหลังเกษียณราชการแล้วเริ่มสูญเสียคู่สมรส

จากพัฒนาการของครอบครัวที่ทำให้แต่ละช่วงมีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้ที่ เป็นพ่อแม่ หรือหัวหน้าครอบครัวต้องรับบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันไป ด้วยเหตุนี้พันธกิจของครอบครัวจึงแตกต่างกันไป ซึ่งเป็นความรับผิดชอบในการทำให้คนในครอบครัวเจริญเติบโตตามระยะต่างๆ และทำให้ครอบครัวมีความสุข

2.2 ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของครอบครัว

แม้ว่าครอบครัวจะเป็นหน่วยของสังคมที่มีขนาดเล็กที่สุด แต่ก็ใช้ว่าจะไม่มีปัญหาเกิดขึ้น และเมื่อปัญหาเกิดขึ้นแล้วมักจะตามมาด้วยความโกรธ ความฉุนเฉียว ความขัดแย้ง จนอาจนำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัวได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถจำแนกได้ดังนี้

2.2.1 ความรุนแรงในครอบครัว

การเกิดความรุนแรงหรือทำร้ายร่างกาย ประกอบด้วยอารมณ์โกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งความรุนแรงในครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) การทำร้ายทุพติภรรยา เกิดขึ้นได้ทุกชั้นในสังคม สาเหตุเกิดจากความขัดแย้งในครอบครัว ถ้าปล่อยทิ้งไว้เป็นเวลานานจนไม่สามารถแก้ไขได้ ผลสุดท้ายอาจเป็นสาเหตุปัญหาครอบครัวแตกแยก

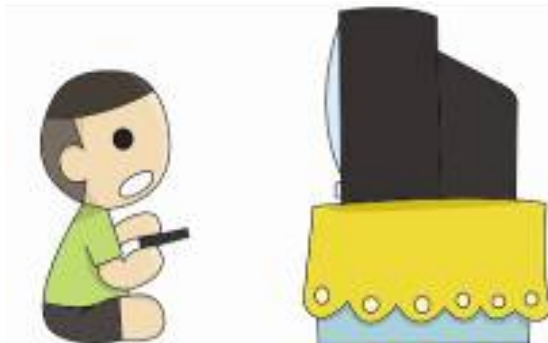
2) การทารุณต่อเด็ก เกิดขึ้นได้หลายสถานการณ์ตั้งแต่เรื่องความขัดสน ขาดแคลน อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ไปจนถึงเรื่องการขาดความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว

การกระทำทารุณทางร่างกาย เช่น กักขังหน่วงเหนี่ยว นำไปเร่ขายทอดทิ้งให้อดอยากหิวโหย และการทำแท้งจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาสังคม รวมทั้งการเกิดสภาพความเป็นเมือง ทำให้สังคมละทิ้งครอบครัวและความรับผิดชอบของครอบครัวล้มเหลว



2.2.2 พฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นผลจากความโกรธที่ตั้งใจทำพฤติกรรมทันทีทันใดนั้นทั้งที่มีการวางแผน และไม่มีการวางแผน ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น การตี การทุ้ม การใช้อาวุธ ทำให้ข้าวของเสียหาย และร่างกายได้รับบาดเจ็บ



2.2.3 สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิดคุ้นเคย สนิทสนมระหว่างบิดามารดาและบุตร รวมถึงเครือญาติและบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัว

ในสังคมปัจจุบันนี้สมาชิกของครอบครัวมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันน้อยลง เนื่องจากต้องทำงานหาเงินมาเลี้ยงชีพ พ่อแม่มีเวลาน้อยที่จะอยู่พร้อมหน้า ทำให้ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวลดลง นอกจากนี้หากคนในครอบครัวไม่สามารถแสดงออกถึงการมีสัมพันธภาพของครอบครัวได้ก็จะยิ่งทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง

2.3 ปัญหาสุขภาพครอบครัว

ปัญหาสุขภาพสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนในครอบครัว โดยมีสาเหตุมาจากหลายๆ สาเหตุ ดังนี้

2.3.1 ภาวะเสี่ยงทางกาย

ภาวะเสี่ยงและปัญหาทางกายที่สำคัญ และมักเกิดขึ้น ได้แก่

- การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ไปสู่ครอบครัว
- โรคทางพันธุกรรม และโรคเรื้อรัง

ผลที่ตามมาของการเจ็บป่วยจะก่อให้เกิดปัญหาการเงินของครอบครัว มีผลต่อสุขภาพกายของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว และส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว

2.3.2 ภาวะเสี่ยงทางจิต

1) ความเครียดในครอบครัว ความเครียดเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตซึ่งทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และผลที่เกิดจากความเครียด ได้แก่ ฮอรโมนแปรปรวน กดภูมิคุ้มกันโรค มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยสูง อารมณ์แปรปรวนขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวได้ง่าย

2) ความขัดแย้งในครอบครัว เป็นปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคม ที่มีข้อคิดเห็นไม่ตรงกัน ซึ่งจะนำไปสู่การทำลายสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคน รวมทั้งสัมพันธภาพในครอบครัวด้วย

3. ตัวชี้วัดความสำเร็จครอบครัวเข้มแข็ง

ครอบครัวเข้มแข็ง คือ ครอบครัวที่มีความสามารถในการพึ่งพาครอบครัวของตนเอง ดูแลซึ่งกันและกัน รวมถึงการจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวได้ ทั้งด้านข้อมูลข่าวสารและโอกาสในการเรียนรู้ รวมทั้งการพัฒนาตนเอง ด้านเศรษฐกิจ ด้านทุนทางครอบครัวและสังคม สามารถหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงและปรับตัวได้ในสถานการณ์ที่ลำบาก และทางด้านสุขภาพ

ในการที่จะเป็นครอบครัวที่เข้มแข็งได้นั้น จะต้องมີลักษณะของความเป็นครอบครัวเข้มแข็ง โดยพิจารณาจากสัญลักษณ์ ● (วงกลม)

▲ (สามเหลี่ยม) ■ (สี่เหลี่ยม) แล้วให้แต่ละครอบครัวสังเกตว่ามีลักษณะตรงกับข้อใดบ้าง จากนั้นให้ดูระดับความเข้มแข็งของครอบครัวได้เลย

ครอบครัวเข้มแข็ง



- 1. คนในครอบครัวต้องงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่ การพนัน และสิ่งเสพติดอย่างน้อยในวันอาทิตย์ ซึ่งถือเป็นวันครอบครัวเข้มแข็ง
- 2. ครอบครัวมีอาชีพ มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพของคนในครอบครัว
- 3. มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ประนีประนอมกันในข้อขัดแย้ง และไม่มีความรุนแรงในครอบครัว
- 4. คนในครอบครัวรับประทานอาหารร่วมกัน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 มื้อ
- 5. มีบ้านมั่นคง เข้มแข็ง และสะอาด
- 6. คนในครอบครัวช่วยเหลืองานบ้านสม่ำเสมอ
- ▲ 7. คนในครอบครัวมีโอกาสทำกิจกรรมนอกบ้านด้วยกัน อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง
- ▲ 8. คนในครอบครัวมีโอกาสประกอบศาสนกิจร่วมกัน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
- 9. องค์ประกอบของครอบครัว ประกอบด้วย สามี ภรรยา หรือพ่อ แม่ และลูกที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะอยู่ด้วยกัน
- 10. คนในครอบครัวเป็นที่ยอมรับของชุมชน
- 11. สมาชิกของครอบครัวอยู่ร่วมกันทั้ง 3 วัยในบ้านเดียวกันหรือบริเวณเดียวกัน
- 12. ครอบครัวที่มีเด็กปฐมวัยต้องมีกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - ร้องเพลงกล่อมเด็กอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ครั้ง

- เล่นนิทานให้ลูกฟังอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ครั้ง
- เล่นกับลูกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ครั้ง
- ทารกได้รับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน

“ผ่าน” ในข้อ 1 – 6 (ข้อที่มีสัญลักษณ์●) แสดงว่า เป็นครอบครัวแข็งแรงระดับพื้นฐาน

“ผ่าน” ในข้อ 1 – 8 (ข้อที่มีสัญลักษณ์● และ▲) แสดงว่า เป็นครอบครัวแข็งแรงระดับดี

“ผ่าน” ในข้อ 1 – 8 (ข้อที่มีสัญลักษณ์● ▲ และข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้งหมด ■) แสดงว่า เป็นครอบครัวแข็งแรงระดับดีมาก



4. แนวทางส่งเสริมให้ครอบครัวเข้มแข็ง

เป้าหมายในการสร้างเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีความสุข เป็นครอบครัวที่สมดุล ซึ่งไม่ใช่แค่การที่สมาชิกแต่ละคนไม่มีโรค ยังต้องสามารถทำหน้าที่ หรือบทบาทของตน ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์แวดล้อมได้อย่างดี

-การสร้างครอบครัวเข้มแข็ง โดยเน้น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ คนในครอบครัวต้องเข้าใจกัน คุยกันได้ทุกเรื่อง รับฟังและยอมรับฟังความคิดเห็นของกันและกัน มีความเป็นประชาธิปไตย และครอบครัวมีความอบอุ่น ห่วงใย เอาใจใส่ มีความรักใคร่กลมเกลียวกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันพร้อมหน้า มีเวลาให้กัน ใช้เวลาวางให้เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม มีการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกัน

-การให้ความสำคัญกับหลักคิดความรู้คู่คุณธรรมที่ดีของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวจะเข้มแข็งได้ แต่ละคนต้องมีหลักคิด และคุณธรรมอยู่ในตนเอง รู้จักการให้อภัย ห่วงไกลยาเสพติดและอบายมุขต่างๆ ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง ประหยัดอดออม ไม่มีหนี้สิน รู้จักบทบาทและรับผิดชอบหน้าที่ของตนที่มีต่อครอบครัว และชุมชน

- การเลี้ยงดูลูก เป็นอีกบทบาทสำคัญ หน้าที่อันดับหนึ่งของพ่อแม่ คือ ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ลูก เอาใจใส่ลูก พยายามเข้าใจและเป็นที่ปรึกษา คอยให้คำแนะนำที่ดีแก่ลูก ให้การศึกษาที่ดี และเหมาะสม อีกทั้งให้ความพร้อมกับลูกในปัจจุบันที่ 5 มีเงินให้ลูกอย่างพอเพียง สอนให้รู้จักให้และใช้อย่างพอเพียง และดูแลสุขภาพร่างกายของคนในครอบครัวให้แข็งแรง ปลอดภัยจากความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพได้ ส่วนบทบาทหน้าที่ของลูก ก็ต้องรู้จักหน้าที่ของตนเอง รวมถึงเชื่อฟังคำสั่งสอนของพ่อแม่ เป็นเด็กดีไม่เกร และทุกคนในครอบครัวต้องช่วยกันดูแลบ้านและบริเวณโดยรอบให้น่าอยู่

สุดท้ายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาครอบครัวให้เข้มแข็ง โดยต้องเน้นไปในส่วนทุนของชุมชน คนในชุมชนต้องมีความสามัคคี เมื่อมีปัญหาให้รีบปรึกษาหารือ หาทางแก้ไขร่วมกัน ทำให้ชุมชนห่างไกลยาเสพติดและอบายมุขต่างๆ

การดูแลสุขภาพครอบครัวจะบรรลุผลสำเร็จได้ทุกฝ่ายในชุมชนต้องร่วมกันกำหนดเป็นนโยบายของชุมชน และดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพราะการสร้างครอบครัวให้เข้มแข็ง เป็นครอบครัวที่มีความสุขได้นั้นต้องอาศัยเวลา และต้องบูรณาการรวมถึงการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม

5. บทสรุปของครอบครัวเข้มแข็ง

สิ่งที่ครอบครัวควรพึงระลึกเสมอคือ การให้ความรัก รู้จักหน้าที่ ห่วงดีต่อครอบครัว ทำตัวเป็นแบบอย่าง ระวังความเป็นตัวตน บุชา บุกการี เสริมสร้างชีวี นั่นคือ การสร้างสุขภาพจิตที่ดีในครอบครัว

ครอบครัวแข็งแรง เป็นครอบครัวแบบไทยๆ ที่คนในบ้านมีกิจกรรมร่วมกันด้วยความอบอุ่น อยู่ร่วมกันพร้อมหน้าพ่อแม่ ลูก ด้วยความรัก อันจะเป็นเกราะป้องกันคนในครอบครัวให้รอดพ้นจากความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพต่างๆ ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งของครอบครัว และเป็นชุมชนที่เข้มแข็งต่อไป



ชุมชน

1. ชุมชน สำคัญอย่างไร

ชุมชน หมายถึง กลุ่มประชาชนที่มีเอกลักษณ์เฉพาะอันเนื่องมาจากการมีผลประโยชน์ หรือมีค่านิยมร่วมกัน หรือมีปัญหาาร่วมกัน หรืออาศัยอยู่ในอาณาเขตทางภูมิศาสตร์เดียวกัน หรือมีความสนใจและมีกิจกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกัน

ชุมชนท้องถิ่น หมายถึง ชุมชนที่อยู่ร่วมกันในพื้นที่หมู่บ้านหรือตำบล ชุมชนจึงเป็นสังคมที่มีคนอยู่อาศัยเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจึงต้องจัดการการปกครองเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างคนหรือกลุ่มคนในชุมชน ดังนี้

- ชุมชนตามการแบ่งเขตการปกครอง เขตบริการสุขภาพ

- มีการรวมตัวร่วมกันคิด ร่วมกันทำช่วยเหลือกัน ด้วยความเสมอภาค

- ไม่มีใครมีอำนาจเหนือใครซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรวมตัวกันเพื่อจัดการกับปัญหาที่มีร่วมกัน อาจเรียกว่า ประชาคม/ สัมชชา/ องค์การเฉพาะกิจ/ เฉพาะประเด็น

- ชุมชนที่เกิดขึ้นจากบทบาทหน้าที่และภารกิจที่มีร่วมกัน เป็นกลุ่มที่มีปัญหาและความต้องการที่คล้ายกัน หรือต้องการทำงานร่วมกันบางประการ

ความเข้มแข็งของชุมชน คือ การที่คนในชุมชนนั้นๆ รวมตัวกันเป็น “องค์กรชุมชน” โดยมีการเรียนรู้ การจัดการและการแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนตลอดจนมีผลกระทบสู่ภายนอกชุมชนที่ดีขึ้นตามลำดับ โดยจะเรียกชุมชนนี้ว่า กลุ่ม ชุมรม สหกรณ์ บริษัท องค์กรชาวบ้าน เครือข่ายหรืออื่นๆ ที่มีความหมายแสดงถึงการร่วมมือช่วยเหลือกันเพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน และด้วยความเอื้ออาทรต่อชุมชนอื่นๆ ในสังคมด้วย



2. ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน

สุขภาพของคนในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะส่งผลถึงการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน แต่เนื่องจากชุมชนเป็นสังคมที่มีคนอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมาก จึงอาจเกิดปัญหาสุขภาพที่หลากหลายและเกิดผลกระทบกับคนหมู่มาก ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนมีสาเหตุมาจาก



2.1 พฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน

- การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด
- การเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะ
- การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกต้องหลักสุขภาพ เช่น การกำจัดสิ่งปฏิกูลและขยะที่ไม่ถูกต้อง อากาศเป็นพิษ แหล่งน้ำดื่มน้ำใช้ไม่สะอาด
- การประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการได้รับสารพิษ



2.2 ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน

- ปัญหาสุขภาพประชาชนในชุมชนที่พบบ่อย ได้แก่
- โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวาย มะเร็งต่างๆ
 - โรคระบาดในชุมชนที่สามารถป้องกันได้ เช่น ใช้เลือดออก อูจจาระร่วง โรคไวรัส โรคหวัด 2009 เป็นต้น



3. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

การประเมินความเข้มแข็งของชุมชน จะเน้นที่ชุมชนท้องถิ่นต้องมีความเข้มแข็งด้านสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 80 ของหมู่บ้านในชุมชน มีส่วนร่วมในการป้องกัน/ ควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง ความเข้มแข็งของชุมชนสามารถประเมินความสำเร็จได้โดยการประเมินตามเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ และหมู่บ้านสร้างสุขภาพ ดังนี้

3.1 การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การจัดการด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ชุมชน/ หมู่บ้านมีกระบวนการร่วมกันในการวางแผนด้านสุขภาพ มีการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และมีการสรุปหรือประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมาย คือ หมู่บ้านที่อยู่ในพื้นที่ อย่างน้อยร้อยละ 70 ของหมู่บ้านทั้งหมดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ตัวชี้วัดการผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยชุมชน/ หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน หมายถึง ชุมชน/ หมู่บ้านที่มีการจัดการด้านสุขภาพใน 5 ด้าน (คะแนนเต็ม 6 คะแนน) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพชุมชน (คะแนนเต็ม = 2) ดังนี้

1.1 การจัดเวทีการประชุมขององค์กร/ อสม.

1.2 การร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในชุมชน

1.3 การกำหนดกติกาของชุมชน หรือ กฎข้อบังคับของหมู่บ้าน/ ตำบล เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนต้องได้คะแนนอย่างน้อย 1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน จึงจะผ่านเกณฑ์

2. มีการจัดทำแผนด้านสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม (คะแนนเต็ม = 1)

3. มีการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. ทั้งนี้อาจผ่านหรือไม่ผ่านให้หมู่บ้านบริหารจัดการเอง แต่ต้องมีการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากิจกรรมงานด้านสุขภาพอย่างน้อยเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ในประเด็น 3 เรื่อง คือ (คะแนนเต็ม = 1)

3.1 การพัฒนาศักยภาพคนในชุมชน

3.2 การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

3.3 การจัดการบริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

4. มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ครบ 5 ด้านในหมู่บ้าน โดยในแต่ละด้านต้องมีอย่างน้อย 2 กิจกรรม จึงจะผ่านเกณฑ์ ดังนี้ (คะแนนเต็ม = 1)

4.1 ด้านการสร้างสุขภาพ

4.2 ด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม./ แกนนำด้านสุขภาพ

4.3 ด้านการบริการสุขภาพภาคประชาชน

4.4 ด้านการถ่ายทอดความรู้

4.5 ด้านการควบคุมและป้องกันโรค

5. มีการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพของหมู่บ้าน อย่างน้อย 2 ใน 4 วิธีต่อไปนี้ (คะแนนเต็ม = 1)

5.1 โดยใช้แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

5.2 โดยการสรุปผลงาน/ กิจกรรมที่ดำเนินการ

5.3 โดยการเปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้

5.4 โดยใช้แบบประเมินตนเองเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

3.2 การประเมินหมู่บ้านสร้างสุขภาพ

หมู่บ้านสร้างสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ทั้ง 8 ตัวชี้วัด ที่มีการดำเนินงานการสร้างสุขภาพโดยการจัดการขององค์กรชุมชน/ ชุมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้าน ตัวชี้วัดการผ่านเกณฑ์การประเมินของหมู่บ้านสร้างสุขภาพต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง 8 ตัวชี้วัด ดังนี้

1. มี อสม.ที่เข้มแข็งและดำเนินการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนเป็นแกนกลางในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

2. มีชมรมสร้างสุขภาพที่เข้มแข็งและมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่บริการประชาชนอย่างสม่ำเสมอ

4. มีสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ที่ได้มาตรฐานและให้บริการ ตลอดจนดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ประชาชนมีบัตรประกันสุขภาพครบถ้วน 100 %

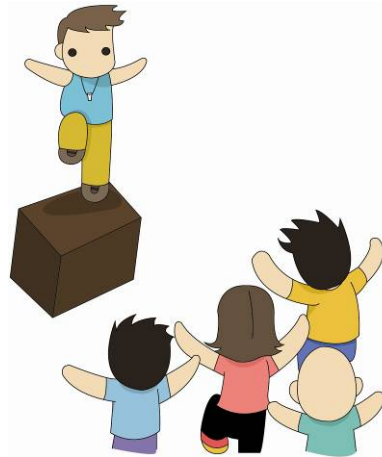
6. ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและแก้ไขปัญหาที่สำคัญใน

ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ สุขภาพจิต มะเร็ง ความดันโลหิต เบาหวาน และโรคหัวใจ

7. ประชาชนได้รับข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์อย่างต่อเนื่อง
8. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและมีระดับสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น

การกำหนดเกณฑ์ของตัวชี้วัดแต่ละตัวชี้วัดนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมและเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ในชุมชน ดังนั้น ตัวชี้วัดที่กล่าวถึงในที่นี้จึงเป็นเพียงแนวทางในการประเมินความสำเร็จด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนเท่านั้น

การประเมินหมู่บ้านสร้างสุขภาพบางตัวชี้วัด เช่น ตัวชี้วัดที่ 6 และตัวชี้วัดที่ 8 ควรมีรายละเอียดการประเมินอื่นร่วมด้วย เพื่อความครอบคลุมและความชัดเจนของตัวชี้วัด โดยมีตัวชี้วัดเพิ่มเติม คือ สุขภาพคนในชุมชนดีด้วย 6 อ.



3.3 ตัวชี้วัดสุขภาพดีด้วย 6 อ. (เพิ่มเติม)

เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม สามารถควบคุม ลดปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของสุขภาพในชุมชนได้ จึงต้องมีการปฏิบัติที่เป็น การช่วยส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

3.3.1 ออกกำลังกาย

- อย่างน้อยร้อยละ 60 ของประชาชน อายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที
- ประชาชนชายอายุ 15 ปีขึ้นไป มีรอบเอวไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว)

- ประชาชนหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป มีรอบเอวไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว)
- ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย เพียงพอต่อสุขภาพ

3.3.2 อาหารปลอดภัย

- อย่างน้อยร้อยละ 80 ของอาหารต้องปลอดภัยจากสารปนเปื้อน
- อย่างน้อยร้อยละ 90 ของร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร ได้มาตรฐานของท้องถิ่น
- ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง

3.3.3 อารมณ์

- อย่างน้อยร้อยละ 60 ของผู้ที่มีอายุ 10-24 ปี เป็นสมาชิกชมรม To Be Number One และมีกิจกรรมของชมรมอย่างต่อเนื่อง
- อย่างน้อยร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และมีกิจกรรมทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง
- อย่างน้อยร้อยละ 80 ของครอบครัว สามารถดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หรือเด็กได้อย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น
- สมาชิกในครอบครัวสามารถจัดการปัญหา/ ความเครียดได้

3.3.4 อโรคยา

- อย่างน้อยร้อยละ 80 ของประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิต และเบาหวานตามมาตรฐาน
- อย่างน้อยร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจครรภ์ ก่อนและหลัง คลอดตามเกณฑ์
- อย่างน้อยร้อยละ 80 ของสตรี อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการถ่ายทอดความรู้ และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- อย่างน้อยร้อยละ 80 ของสตรี อายุ 35 ปีขึ้นไป มีความรู้ เพื่อการดูแลและ ป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูก
- โรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนลดลงครึ่งหนึ่งของปีที่ผ่านมา
- การบาดเจ็บ และตายด้วยอุบัติเหตุของประชาชนในชุมชนลดลงครึ่งหนึ่งของ ปีที่ผ่านมา

3.3.5 อนามัยสิ่งแวดล้อม

- ทุกตำบลที่มีศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 1 แห่ง
- ร้อยละ 85 ของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

- ทุกโรงเรียนในทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 1 แห่ง

- กลุ่มเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 6-15 ปี ที่อยู่ในสถานศึกษามี พฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ

- ชุมชนมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของคนในชุมชน

3.3.6 อบายมุข

- ร้านค้าทุกร้านไม่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และบุหรี่ แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

- ผู้ติดยาเสพติดในชุมชนลดลง

- ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดผ่านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูตามเกณฑ์

การประเมินความเข้มแข็งของชุมชนด้านสุขภาพ ต้องให้ประชาชนในชุมชน ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน แกนนำกลุ่มองค์กรต่างๆ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิก องค์กรบริหารส่วนตำบล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้ประชุมปรึกษาหารือ เพื่อตอบคำถามในเชิงวิเคราะห์ในข้อคำถามตามการประเมินร่วมกัน ซึ่งจะก่อให้เกิด กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของชุมชนได้ด้วย ตนเอง และหาหนทางแก้ไขสถานการณ์ของชุมชนได้ด้วยคนในชุมชน

4. เราจะดูแลสุขภาพชุมชน อย่างไร

จุดมุ่งหมายสูงสุดของการดูแลสุขภาพชุมชน เพื่อให้ผู้คนในชุมชนแข็งแรงขึ้น อายุยืนขึ้น และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งการดูแลสุขภาพชุมชนแบ่งออกได้ ดังนี้

1. การดูแลตนเองของผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง หรือผู้ได้รับผลกระทบ

2. การดูแลโดยครอบครัวและเครือญาติ

3. การดูแลโดยเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน เช่น จากเพื่อนบ้าน กลุ่มช่วยเหลือ กัน องค์กรในชุมชน และภาควิชาชีพต่างๆ เป็นต้น

การที่ชุมชนจะบรรลุเป้าหมายชุมชนสุขภาพดีได้นั้นต้องมีหลักในการทำงาน ร่วมกัน โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. การสร้างการมีส่วนร่วม ด้วยการระดมการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในชุมชน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. การสื่อสารสาธารณะ โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในชุมชนร่วมกันรับรู้

3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และการมีสำนึกสาธารณะ ความรับผิดชอบต่อสังคม

4. การพัฒนาวิชาการ และการเรียนรู้ร่วมกัน

กิจกรรมที่ควรทำในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ที่จะกล่าวถึงนี้มีผลต่อการพัฒนาด้านสุขภาพอย่างมาก อันได้แก่

1. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนเพื่อเผชิญปัญหาต่างๆ ด้านสุขภาพ และปัญหาที่เกี่ยวข้องซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน โดยการพัฒนาเรื่องต่อไปนี

1.1 พัฒนาความสามารถของคนในชุมชน สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมรักษาผลประโยชน์ของชุมชนด้วยตนเอง

1.2 พัฒนาวิธีการคิดและวิธีการทำงานของคนในชุมชนเพื่อการจัดการ และแก้ไขปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน

2. การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในลักษณะ “ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเรียนรู้” โดยสนับสนุนชุมชนให้ทำเรื่องต่อไปนี

2.1 สนับสนุนให้ชุมชนได้มีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อการพัฒนาอาชีพและเศรษฐกิจชุมชน ซึ่งอาจจัดตั้งเป็นศูนย์การเรียนรู้ของชุมชน

2.2 มีการพัฒนาสวัสดิการสังคมและสวัสดิภาพของชุมชน รวมทั้งกองทุนชุมชนและกิจกรรมชุมชนต่างๆ ที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

2.3 มีการฟื้นฟูอนุรักษ์ การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในชุมชน

2.4 การค้นหาศักยภาพและการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ทั้งด้านการประกอบอาชีพ การแพทย์ทางเลือกตามวิถีชีวิตของคนในชุมชน และพัฒนาให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน

2.5 การจัดทำแผนความต้องการในด้านต่างๆ ของชุมชนร่วมกัน

2.6 การสร้างประชาคมภายในชุมชนและการสร้างเครือข่ายของชุมชน

2.7 มีการจัดการความรู้ การวิจัย เทคโนโลยี ทunes และการตลาด เพื่อการพัฒนาการเกษตร การอุตสาหกรรม ธุรกิจและการบริการที่เอื้อต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

2.8 กำหนดให้ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น ส่งเสริมการเกษตรธรรมชาติที่ไร้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ส่งเสริมอุตสาหกรรมที่เป็นมิตรต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมธุรกิจและบริการที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เป็นต้น

2.9 ส่งเสริมให้มีการณรงค์การให้ข้อมูลข่าวสาร และสร้างค่านิยมที่ถูกต้องแก่คนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาในเรื่องต่างๆ เหล่านี้จะยังผลให้การพัฒนาด้านสุขภาพยิ่งได้ผลดี มีความต่อเนื่อง และยั่งยืน ด้วยอาศัยการพัฒนาปัจจัยที่เอื้อ และช่วยให้การสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชนสามารถดำเนินงานไปได้อย่างครบวงจร โดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานทุกระดับและภาคส่วนในชุมชนที่ร่วมกันคิด ร่วมกันสร้าง ร่วมกันทำ ร่วมกันพัฒนา ร่วมกันรับผิดชอบ และร่วมกันรับผลประโยชน์จากการพัฒนาในประเด็นต่างๆ ดังกล่าว

5. บทสรุปของชุมชนเข้มแข็ง

ความเข้มแข็งของชุมชน ย่อมแสดงถึงคนในชุมชนมีความพร้อมในทุกด้าน นั่นก็คือ ประชาชนมีสุขภาพที่ดี คุณภาพชีวิตยอดเยี่ยม เพียบพร้อมทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนตลอดจนมีผลที่ดีต่อชุมชนภายนอกด้วย ซึ่งเกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่ายในชุมชนที่ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปตามความต้องการของชุมชนได้อย่างจริงจัง มีความโปร่งใส และมีความรับผิดชอบต่อภายใต้ข้อตกลงระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในชุมชนหรือท้องถิ่นนั้นๆ ที่มีต่อสุขภาพของคนในชุมชน อันจะนำไปสู่ความเป็นชุมชนเข้มแข็งที่มีสุขภาพดีต่อไป



โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพ

ครอบครัวและชุมชน

1. โครงการครอบครัวมีสุข
2. โครงการครัวชุมชน
3. โครงการทำบุญร่วมกันของชุมชน
4. โครงการความรู้เรื่องอาหารปลอดภัย
5. โครงการความรู้เรื่องการปลูกผักปลอดสารพิษ
6. โครงการฝึกสวนครัวรั้วกินได้
7. โครงการผักกระถาง
8. โครงการแรลลี่ วันล้างไข่เลือดออก
9. โครงการคนดี เมืองดี
10. โครงการสิ่งแวดล้อมดี ชุมชนดี น่ายอยู่
11. โครงการเปลี่ยนขยะ เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม
12. โครงการรณรงค์ลด ละ เลิกบุหรี
13. โครงการกีฬาต้านยาเสพติด
14. โครงการทิวไรธรรมะ

ชื่อโครงการ	โครงการครอบครัวมีสุข
หน่วยงานเครือข่าย	- องค์กรบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล - องค์กรอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน - สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	ครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุด และสำคัญที่สุด ซึ่งเป็นการเริ่มต้นขึ้นพื้นฐานที่จะสร้างและพัฒนาคนในชุมชนให้เป็นคนดี โดยการสร้างสายสัมพันธ์อันดีต่อกันภายในครอบครัวและระหว่างเครือข่ายของครอบครัว
ตัวชี้วัดความสำเร็จ	- อย่างน้อยร้อยละ 50 ของครอบครัวในหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ครอบครัวแข็งแรงระดับพื้นฐาน - อย่างน้อยร้อยละ 30 ของครอบครัวในหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ครอบครัวแข็งแรงดี - อย่างน้อยร้อยละ 20 ของครอบครัวในหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ครอบครัวแข็งแรงดีมาก
วัตถุประสงค์หลัก	- เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีของคนในครอบครัว - เพื่อป้องกัน/ ลดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว
กลุ่มเป้าหมาย	ครอบครัวของคนในชุมชน
กิจกรรมหลัก	- คนในครอบครัวต้องงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่ การพนัน และสิ่งเสพติด อย่างน้อยในวันอาทิตย์ (วันครอบครัวแข็งแรง) - คนในครอบครัวรับประทานอาหารร่วมกัน
กิจกรรมหลัก	- คนในครอบครัวช่วยเหลือกันดูแลบ้านให้มีบ้านมั่นคงแข็งแรง และสะอาด - คนในครอบครัวช่วยเหลือกันทำงานบ้านอย่างสม่ำเสมอ - คนในครอบครัวควรทำกิจกรรมนอกบ้านด้วยกัน - คนในครอบครัวควรประกอบศาสนกิจร่วมกัน
สถานที่ให้บริการ	บ้าน
วิธีการประเมินผล	จำนวนครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	- สมาชิกของครอบครัวในชุมชนมีสายสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ลดปัญหาอุปสรรคต่างๆ - สมาชิกของครอบครัวในชุมชนได้ทำกิจกรรมร่วมกัน

ชื่อโครงการ	ครัวชุมชน
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์กรอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	อาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่คนทุกคนต้องรับประทานกันทุกวัน การคิดเมนูอาหารใหม่เพื่อให้ทุกคนได้รับประทานอาหารดี มีประโยชน์ต่อสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่คนรักสุขภาพจะได้มีการแลกเปลี่ยนเมนูอาหารดีให้กัน
ตัวชี้วัด	1. อย่างน้อยร้อยละ 75 ของอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิดในทุกหมู่บ้าน 2. ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง
วัตถุประสงค์หลัก	1. เพื่อสร้างวัฒนธรรมของชุมชนด้านการรับประทานอาหารดีสำหรับสุขภาพดี 2. เพื่อให้คนในชุมชนมีการคิด และเรียนรู้เมนูอาหารใหม่ๆ 3. เพื่อความสามัคคี/ สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว (เชื่อมสัมพันธะระหว่างวัยของคนในครอบครัว และระหว่างเพื่อน/ กลุ่มของตนเอง)
กลุ่มเป้าหมาย	1. ทีมครอบครัว 2. ทีมเพื่อน 3. ทีมกลุ่มแม่บ้าน
กิจกรรมหลัก	1. กำหนดครัวชุมชนให้เป็นกิจกรรมเชื่อมสัมพันธะประจำตำบล ด้วยการจัดการแข่งขันเมนูอร่อย (อาหารหรือขนม) โดยแข่งขันเป็นทีม (1. ทีมครอบครัว พ่อแม่ ลูก 2. กลุ่มเพื่อน 3. กลุ่มแม่บ้าน) 2. จัดให้แข่งขันเดือนละ 2 ครั้ง โดยแข่งขันกันภายในตำบล หรือระหว่างตำบล 3. ในการจัดการแข่งขัน 3.1 กำหนดประเภทเมนูเพื่อสุขภาพ เช่น อาหารพื้นบ้าน อาหารไทย (สากลทั่วไป) อาหารจานด่วน อาหารฝรั่ง 3.2 คณะกรรมการตัดสินต้องมีครบทุกวัย
สถานที่ให้บริการ	1. วัด/ โรงเรียน 2. ลานกิจกรรม/ อาคารอเนกประสงค์/ พื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางชุมชน 3. องค์กรอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 4. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 5. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน
วิธีการประเมินผล	สามารถบอกได้ว่าเมนูที่นำเสนอ นั้น เครื่องปรุงที่ใช้ประกอบอาหารมีอะไรบ้าง แต่ละอย่างมีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างไร
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. เด็กและสมาชิกครอบครัวในแต่ละครอบครัวได้นำเมนูอาหารใหม่ไปทำรับประทานกัน และได้รับประทานอาหารดีมีคุณค่า 2. การทำงานเป็นทีมช่วยให้สมาชิกทีมได้มีสัมพันธอันดีต่อกัน

ชื่อโครงการ	การทำบุญร่วมกันของชุมชน
หน่วยงานเครือข่าย	- องค์กรบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล - องค์กรอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน - สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน - วัด/ โรงเรียน
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	ให้ประชาชนได้ร่วมทำบุญตักบาตร ทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างคนในครอบครัว (ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ลูก) และระหว่างคนในชุมชน
ตัวชี้วัด	ประชาชนในชุมชนสามารถจัดการปัญหา/ อุปสรรค/ ความเครียดได้
วัตถุประสงค์หลัก	- เพื่อสนับสนุนให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการสืบทอดวัฒนธรรม ประเพณีอันดีงามไว้สืบไป - เพื่อสนับสนุนให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในชุมชน
กิจกรรมหลัก	- ทำบุญตักบาตรร่วมกันในวันสำคัญทางศาสนา วันที่เป็นประเพณีที่บ้าน หรือประเพณีประจำตำบลหรือชุมชน - เมื่อเสร็จงานบุญจึงจัดให้มีการแข่งขันกีฬาพื้นบ้าน/ การแสดงพื้นบ้าน และพัฒนาวัด
สถานที่ให้บริการ	วัด
วิธีการประเมินผล	จำนวนคนเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	- คนในชุมชนมีศีลธรรมประจำใจ มีจิตใจที่ดีและงดงาม - คนในชุมชนได้มีกิจกรรมร่วมกัน มีความสนุกสนานเพลิดเพลินเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ

ชื่อโครงการ	โครงการความรู้เรื่องอาหารปลอดภัย
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน 4. กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	การมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหารให้ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน สารตกค้างในอาหาร ทั้งยาฆ่าแมลงที่ตกค้างในผัก สารเร่งเนื้อแดงในเนื้อหมู การใส่สารกันเชื้อรา (เชื้อราในถั่วลิสง) อาหารแช่สารฟอร์มาลิน (ถั่วงอก อาหารทะเล) ทำให้ประชาชนได้รับประทานอาหารที่ปลอดภัย สุขภาพดี
ตัวชี้วัด	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร/ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ความรู้เรื่องอาหารปลอดภัย
กลุ่มเป้าหมาย	1. ประชาชนผู้บริโภคในชุมชน 2. แม่ค้า/ พ่อค้าในชุมชน และตลาดในพื้นที่
กิจกรรมหลัก	ให้ความรู้เรื่องการเลือกซื้ออาหารอย่างไรให้ปลอดภัย
สถานที่ให้บริการ	1. วัด/ โรงเรียน 2. อาคารอเนกประสงค์/ พื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางชุมชน 3. ร้านค้าในชุมชน 4. สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมโครงการ / กิจกรรม 2. ประเมินความรู้โดยการทดสอบก่อนและหลังการให้ความรู้
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ประชาชนในชุมชนเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม 2. ผู้เข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรมมีความรู้มากกว่าร้อยละ 80

ชื่อโครงการ	โครงการความรู้เรื่องการปลูกผักปลอดสารพิษ
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน 4. สำนักงานเกษตรตำบล
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	โครงการนี้จะทำให้คนในชุมชนมีความรู้ และมีการปลูกผักปลอดสารพิษทำให้ประชาชนได้ผักที่ปลอดสารพิษตกค้าง และมีประโยชน์ต่อสุขภาพ
ตัวชี้วัด	1. อย่างน้อยร้อยละ 80 ของครอบครัวในชุมชนมีความรู้เรื่องการปลูกผักปลอดสารพิษ 2. ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง
วัตถุประสงค์	เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เรื่องการปลูกผักปลอดสารพิษ
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในชุมชน
กิจกรรมหลัก สถานที่ให้บริการ	1. ให้ความรู้เรื่องการปลูกผักปลอดสารพิษ 2. ศึกษาดูงานการปลูกผักปลอดสารพิษในชุมชนอื่น 3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากผู้ที่ทำผักปลอดสารพิษ 1. วัด/ โรงเรียน 2. สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 3. อาคารอเนกประสงค์/ พื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางชุมชน 4. เกษตรตำบล/ อำเภอ/ จังหวัด
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม 2. ประเมินความรู้โดยการทดสอบก่อนและหลังการให้ความรู้
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. คนในชุมชนเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม 2. ผู้เข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรมมีความรู้มากกว่าร้อยละ 80

ชื่อโครงการ	โครงการผักสวนครัวรั้วกินได้
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	การปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ ไว้แบ่งปันกันในชุมชน และได้รับประทานผักที่ปลอดภัยปลอดสารตกค้างในพืชผัก
ตัวชี้วัด	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง
วัตถุประสงค์	1. เพื่อสมาชิกในครอบครัว และคนในชุมชนได้รับประทานผักปลอดสารพิษ 2. เพื่อให้เกิดการมีน้ำใจแบ่งปันผักปลอดสารพิษจากรั้วกินได้
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในชุมชน
กิจกรรมหลัก	1. ให้ทุกบ้านปลูกผักสวนครัวเป็นรั้วบ้าน รั้วโรงเรียน รั้วหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เช่น ชะอม กระถิน ตำลึง กะเพรา โหระพา เป็นต้น หรืออาจปลูกพืชสมุนไพรที่มีประโยชน์ทั้งที่เป็นยาและอาหาร 2. จัดเวทีให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปลูกผัก ดูแลรั้วผักโดยการรดน้ำ พรวนดิน ใส่ปุ๋ย (ปุ๋ยคอก หรือปุ๋ยตามธรรมชาติเท่านั้น)
สถานที่ให้บริการ	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. บ้านของประชาชนในชุมชน 3. รั้วโรงเรียนและรั้วหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน
วิธีการประเมินผล	ประชาชนในชุมชนทุกครัวเรือนมีผักสวนครัวเป็นรั้วบ้าน
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ทุกครัวเรือนมีผักสวนครัวไว้รับประทาน และแบ่งปันให้เพื่อนบ้าน 2. ทักษะนิยภาพของชุมชนสวยงาม มีแต่ความสดชื่น 3. ประชาชนมีรายได้เสริมจากการขายผักที่เหลือจากการรับประทานและแบ่งปัน

ชื่อโครงการ	โครงการผักกระถาง
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์กรอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	การปลูกผักกระถางไว้รับประทานกันในครัวเรือนและแบ่งปันเพื่อนบ้าน ก่อให้เกิดน้ำใจอันดีงามของคนในชุมชน รับประทานผักปลอดสารพิษ และเป็นการสนับสนุนให้เกิดความพอเพียงในชุมชน สอดรับกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
ตัวชี้วัด	1. ทุกครัวเรือนมีการปลูกผักปลอดสารพิษไว้หน้าบ้าน 2. ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง
วัตถุประสงค์	1. เพื่อคนในครอบครัว และชุมชนได้รับประทานผักปลอดสารพิษ 2. เพื่อให้เกิดการมีน้ำใจแบ่งปันผักปลอดสารพิษ 3. เพื่อส่งเสริมให้ทุกคนมีความสามัคคีกันภายในชุมชน
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในชุมชน
กิจกรรมหลัก	1. แกนนำหรือผู้นำชุมชนกำหนดให้ถนนแต่ละสายในหมู่บ้านมีการปลูกผักกระถาง (อุปกรณ์เหลือใช้) 2. กำหนดให้ทุกๆ 5 หลังคาเรือน (มากกว่าหรือน้อยกว่าตามความเหมาะสม) ปลูกผักประเภทที่ปลูกง่าย (ผักกาด ผักบุ้ง ผักคะน้า) ไว้หน้าบ้านอย่างน้อย 2 ชนิด (2 กระถาง) โดยอาจจะกำหนดว่า ใน 1 หมู่บ้านจะปลูกผักกี่ชนิดๆ ละกี่หลังคาเรือน 3. ให้ทุกบ้านเป็นผู้รับผิดชอบดูแลตั้งแต่เริ่มปลูกจนได้รับประทานได้ 4. ผักที่ปลูกนั้นให้รับประทานกันในครอบครัว แบ่ง/ แลกเปลี่ยนกับผักของเพื่อนบ้าน และส่วนผักที่เหลือให้ขายเป็นรายได้
สถานที่ให้บริการ	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. บ้านของประชาชนในชุมชน
วิธีการประเมินผล	ประชาชนในชุมชนทุกครัวเรือนปลูกผักกระถาง
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ทุกครัวเรือนมีผักสวนครัวไว้รับประทาน และแบ่งปันให้เพื่อนบ้าน 2. ทักษะภาพของชุมชนสวยงาม มีแต่ความสดชื่น 3. ทุกครัวเรือนได้รับประทานผักปลอดสารพิษ 4. ประชาชนมีรายได้เสริมจากการขายผักที่เหลือจากการแบ่งปัน

ชื่อโครงการ	แรลลี่ วันล้างไขเลือดออก
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. วัด/ โรงเรียน 4. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	ยุ่งลายเป็นพาหะนำโรคไขเลือดออกมาสู่คน การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุ่งลายจะมีส่วนช่วยในการกำจัดสาเหตุ และป้องกันการเกิดไขเลือดออกในชุมชน
ตัวชี้วัด	อัตราการป่วยไขเลือดออกของประชาชนในชุมชนลดลงครึ่งหนึ่งของปีที่ผ่านมา
วัตถุประสงค์	1. เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุ่งลาย 2. เพื่อเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดไขเลือดออกในชุมชน 3. เพื่อสนับสนุนความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกในชุมชน
กลุ่มเป้าหมาย	1. ตัวแทนครัวเรือนละอย่างน้อย 2 คน 2. ประชาชนในชุมชน
กิจกรรมหลัก	1.กิจกรรมสำหรับ 1 วัน ซึ่งถือเป็นกิจกรรมใหญ่ 1.1 จัดทำป้ายณรงค์ 1.2 จัดนิทรรศการเกี่ยวกับไขเลือดออก 1.3 จัดให้มีการแสดงละครเกี่ยวกับไขเลือดออก 1.4 จัดกิจกรรมแรลลี่โดยจัดให้มีฐาน 5 ฐาน (ตัวอย่างฐานกิจกรรม) ฐานที่ 1 ไขเลือดออกเกิดมาได้อย่างไร เป็นอันตรายแค่ไหน ฐานที่ 2 ไขเลือดออกป้องกันได้อย่างไร ฐานที่ 3 วิธีทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุ่งลายมีอะไรบ้าง ฐานที่ 4 ถ้าเป็นไขเลือดออก จะทำอย่างไร ฐานที่ 5 รวมพลังทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุ่งลาย หมายเหตุ - การจัดกิจกรรมใหญ่ควรเริ่มช่วงก่อนถึงฤดูฝนเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ทุกคนเริ่มเตรียมตัว - มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตลอดฤดูฝน โดยเฉพาะกิจกรรมแรลลี่
กิจกรรมหลัก	2. จัดทำแผนกิจกรรมประจำปี

	3. มีกิจกรรมเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยไข้เลือดออก 4. ร่วมกันค้นหาวิธีป้องกัน/ ควบคุมการเจ็บป่วยด้วยไข้เลือดออก 5. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการป้องกัน/ ควบคุมการเจ็บป่วยด้วยไข้เลือดออกจากชุมชนอื่นๆ
สถานที่ให้บริการ	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. วัด/ โรงเรียน 4. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนคนเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม 2. แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายถูกทำลายเกินร้อยละ 90 ของพื้นที่หมู่บ้าน
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. คนในชุมชนได้เข้าร่วมโครงการ และมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมของชุมชน 2. คนในชุมชนมีความสามัคคีกัน

ชื่อโครงการ	โครงการคนดี เมืองดี
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	การขี้นยานพาหนะบนท้องถนน หรือเส้นทางในหมู่บ้านให้ปลอดภัย เป็นอีกหนทางหนึ่งในการป้องกัน/ ลดอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บจากการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย
ตัวชี้วัด	อัตราการบาดเจ็บ และตายด้วยอุบัติเหตุของประชาชนในชุมชนลดลงครึ่งหนึ่งของปีที่ผ่านมา
วัตถุประสงค์	1. เพื่อป้องกัน/ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนนและเส้นทางจราจรในหมู่บ้าน และชุมชน 2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เรื่องการขับขี่ที่ปลอดภัย 3. เพื่อส่งเสริมความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในชุมชน
กิจกรรมหลัก	1. อบรมให้ความรู้ 2. ให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้ร่วมเรียนรู้หาแนวทางแก้ไขปัญาและ

	อันตรายที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน 3. กำหนดกฎของหมู่บ้านเกี่ยวกับการใช้รถใช้ถนน 4. จัดให้มีอาสาสมัครจราจรประจำหมู่บ้าน 5. จัดให้มีกิจกรรมการขับขี่เชิงอนุรักษ์ เพื่อร่วมศึกษาธรรมชาติ และวิถีชีวิตของคนในหมู่บ้านและชุมชนใกล้เคียง
สถานที่ให้บริการ	1. เส้นทางจราจรในชุมชน และระหว่างชุมชน 2. วัด/ โรงเรียน
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนคนเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม 2. การทดสอบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ประชาชนมีความรู้เรื่องการขับขี่ปลอดภัยมากกว่าร้อยละ 90 2. ลดอุบัติเหตุ 3. ผู้เข้าร่วมโครงการได้ศึกษาธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตของคนในชุมชน

ชื่อโครงการ	โครงการสิ่งแวดล้อมดี ชุมชนดี นำอยู่
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	การปลูกต้นไม้ให้ร่มเงาแก่ชุมชน เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีการดำเนินชีวิต และสุขภาพของคนในชุมชน
ตัวชี้วัด	ชุมชนมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน
วัตถุประสงค์	1. เพื่อปลูกต้นไม้ใหญ่ให้ร่มเงา 2. เพื่อส่งเสริมความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน 3. เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนียภาพชุมชนให้น่าอยู่
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในชุมชน
กิจกรรมหลัก	1. ปลูกต้นไม้ครบครัวละ 1 ต้น ทุกวันสำคัญ ตามเส้นทางเดินและพื้นที่ว่างในชุมชน รวมถึงกำหนดเป็นการปลูกป่าชุมชน 2. ให้ครอบครัวที่อยู่ใกล้กับต้นไม้ที่ปลูกเป็นผู้ดูแลรดน้ำ พรวนดิน ใส่ปุ๋ย (ปุ๋ยคอก หรือปุ๋ยธรรมชาติเท่านั้น)
สถานที่ให้บริการ	1. เส้นทางเดินในชุมชน

	2. พื้นที่ว่างในชุมชน 3. วัด/ โรงเรียน
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนต้นไม้ที่ปลูกในชุมชน 2. จำนวนคนเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ต้นไม้ช่วยลดมลพิษ 2. ต้นไม้ใหญ่ให้ร่มเงา ให้ความร่มเย็น 3. ทักษะสภาพในชุมชนงดงาม

ชื่อโครงการ	โครงการเปลี่ยนขยะ เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	การจัดการขยะในชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน ทั้งยังสามารถสร้างรายได้ให้แก่ชุมชนได้ด้วย
ตัวชี้วัด	ชุมชนมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดปริมาณขยะในชุมชน 2. เพื่อเพิ่มมูลค่าของขยะ 3. เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในชุมชน
กิจกรรมหลัก	1. กำหนดกฎของหมู่บ้านในการจัดการขยะ
กิจกรรมหลัก	2. จัดภาชนะแยกขยะตั้งตามจุดสำคัญของหมู่บ้าน 3. คัดแยกขยะออกตามประเภทที่นำกลับมาใช้ใหม่ได้/ แปรรูปได้/ ใช้ไม่ได้ 4. นำวัสดุเหลือใช้ (ทั้งเป็นขยะ) มาดัดแปลงเป็นเครื่องดนตรี/ สินค้าอื่นที่ก่อให้เกิดรายได้ เช่น ขวดพลาสติกแปรรูปเป็นกระถาง ปลูกดอกไม้ เป็นที่ใส่อุปกรณ์/ เครื่องเขียน เป็นต้น 5. แปรรูปขยะบางชนิดเป็นปุ๋ยธรรมชาติ 6. ให้ตลาดนัด/ โรงเรียน/ ร้านค้าในชุมชนลดการใช้ถุงพลาสติก และใช้ใบตอง/ ใบบัว/ วัสดุธรรมชาติห่ออาหารและของสดแทน

สถานที่ให้บริการ	ทุกครัวเรือนในชุมชน/ วัด/ โรงเรียน
วิธีการประเมินผล	1. ปริมาณขยะในชุมชนค่อยๆ ลดน้อยลง 2. ขยะถูกแปรรูปเป็นสินค้าใช้ในครัวเรือน/ ชุมชน
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. สิ่งแวดล้อมในชุมชนน่าอยู่ 2. กลุ่ม/ ครอบครัว มีรายได้เสริมเพิ่มขึ้น 3. ทักษะภาพในชุมชนงดงาม 4. ทุกคนได้ร่วมกิจกรรมกัน มีความสนุกสนานเพลิดเพลิน

ชื่อโครงการ	โครงการรณรงค์ลด ละ เลิกบุหรี
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. วัด 4. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	บุหรีเป็นพิษภัยต่อสุขภาพทั้งต่อผู้สูบและผู้คนที่อยู่รอบข้าง ทั้งยังเป็นแบบอย่างที่ไม่ดีแก่เด็กรุ่นหลังอีกด้วย
ตัวชี้วัด	อย่างน้อยร้อยละ 70 ของผู้ที่สูบบุหรี ลด ละ เลิกบุหรีได้เพิ่มขึ้น
วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรีลด ละ เลิกบุหรี
กลุ่มเป้าหมาย	1. คนที่เลิกบุหรีได้แล้ว 2. คนที่ต้องการเลิกบุหรี
กิจกรรมหลัก	1. ติดป้ายรณรงค์งดบุหรี และมีนโยบายสาธารณะเขตปลอดบุหรีในหน่วยงานท้องถิ่นหรือในพื้นที่สาธารณะ และในบ้านพักข้าราชการในชุมชน 2. จัดตั้งกลุ่มคนเลิกบุหรี 3. จัดกิจกรรมวันงดบุหรี 4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้คนที่เลิกบุหรีได้แล้ว และกลุ่มคนที่ประสงค์หรือต้องการเลิกบุหรี
สถานที่ให้บริการ	1. วัด/ โรงเรียน 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 4. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม

	2. มีกิจกรรมรณรงค์
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. คนที่ต้องการเลิกบุหรี่ได้ทำตามความประสงค์ของตนเอง 2. คนที่เลิกบุหรี่ได้แล้ว ได้แบ่งปันประสบการณ์ สนับสนุนและช่วยเหลือเป็นพี่เลี้ยงให้คนที่ต้องการเลิกบุหรี่ 3. คนที่เลิกสูบได้เป็นที่ยรัก และเป็นแบบอย่างที่ดีของคนในครอบครัวและชุมชน

ชื่อโครงการ	กีฬาด้านยาเสพติด
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. วัด 4. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน 5. สถานีตำรวจประจำชุมชน
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	ยาเสพติดเป็นพิษภัยต่อผู้เสพ ผู้ค้า และผู้คนในชุมชน ทั้งด้านสุขภาพ การดำเนินชีวิต/ การอาศัยอยู่ในสังคม รวมถึงสภาวะเศรษฐกิจสังคม ดังนั้น การหาหนทางหลีกเลี่ยง/ ป้องกันปัญหาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นสำหรับทุกคนในชุมชน
ตัวชี้วัด	1. สัดส่วนผู้ติดยาเสพติดในชุมชนลดลง 2. ประชาชน ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดผ่านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูตามเกณฑ์
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจต่อยาเสพติด 2. เพื่อสนับสนุนการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ 3. เพื่อความเป็นอันหนึ่งเดียวกันของชุมชนในการป้องกันปัญหายาเสพติด
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในชุมชน
กิจกรรม	1. กำหนดงานแข่งขันกีฬาด้านยาเสพติดเป็นประเพณีประจำตำบล 2. จัดแข่งขันกีฬาประเภทต่างๆ ระหว่างหมู่บ้าน หรือระหว่างตำบล 3. จัดให้มีกลุ่มสอดส่อง (สมาคมลับ) ดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมน่าสงสัยที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดจึงเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับทุกคนในชุมชน
สถานที่ให้บริการ	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน

	3. วัด/ โรงเรียน 4. สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน/ ศูนย์แพทย์ชุมชน 5. สถานีตำรวจ
วิธีการประเมินผล	1. จำนวนคนเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม 2. มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง หรือจัดให้เป็นประเพณีประจำตำบล/ ชุมชน
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการหลีกเลี่ยง/ ป้องกันปัญหา ยาเสพติด 2. กีฬาช่วยให้ร่างกายแข็งแรง 3. กีฬาช่วยให้คนในชุมชนมีน้ำใจเป็นนักกีฬา รู้แพ้ รู้ชนะ รู้อภัย

ชื่อโครงการ	โครงการทั้วรธรรมะ
หน่วยงานเครือข่าย	1. องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลตำบล 2. องค์การอิสระ/ กลุ่ม/ ชมรมในชุมชน 3. วัด
สาระสำคัญ/ จุดเน้นของโครงการ	ธรรมะช่วยให้คนมีสติ ทำกิจการงานได้อย่างรอบคอบ สามารถครองตัวครองตนให้เป็นคนดีของสังคมและเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้อื่น ทุกคนในครอบครัวและชุมชน
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมให้คนมีศีลธรรม และมีธรรมะในการครองตน 2. เพื่อช่วยทำนุบำรุงศาสนา
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกวัยในชุมชน
กิจกรรมหลัก	1. จัดทั้วรธรรมะตามวัดในพื้นที่ หรือเขตพื้นที่ใกล้เคียง - ไหว้พระ ทำบุญตามศรัทธา - ฟังธรรม 1 เรื่อง (วันละ/ ครึ่งละ ตามกำหนดวันของโครงการ) - ช่วยกันทำความสะอาดบริเวณวัด หรือช่วยกิจกรรมการบูรณปฏิสังขรณ์ของวัด - ปฏิบัติธรรมร่วมกัน 1 คิน 2. การจัดโครงการ ให้หมุนเวียนไปทุกวัดที่ตั้งอยู่ในชุมชน โดยจัดเดือนละ 1 ครั้ง (หรือตามกำหนด)
สถานที่ให้บริการ	วัด

วิธีการประเมินผล	1. จำนวนคนเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรม 2. มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง หรือจัดให้เป็นประเพณีประจำปีตำบล/ ชุมชน
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	1. คนในชุมชนเป็นคนดี มีน้ำใจช่วยเหลือกิจการงานของทางวัด 2. คนมีคุณธรรม จริยธรรมเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

หมายเหตุ: โครงการสุดท้ายนี้ หากพิจารณาให้ถึถ้วนไม่ต้องใช้งบประมาณใดๆ เพราะเป็นโครงการที่จัดขึ้นภายในหมู่บ้าน หรือหมู่บ้านที่ใกล้เคียงเท่านั้น



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ. 2552-2555 กระทรวงสาธารณสุข. วันที่ค้นข้อมูล 14 กรกฎาคม 2552, เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/plan4year/plan4year-moph.pdf>
- กรมอนามัย. (ม.ป.ป.). แบบประเมินครอบครัวแข็งแรง. วันที่ค้นข้อมูล 10 กรกฎาคม 2552, เข้าถึงได้จาก <http://hpc4.anamai.moph.go.th/Downloads/assess.pdf>
- กองบรรณาธิการ. (2547). ยุทธศาสตร์แห่งชาติ "รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง". การส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม, 27(4). วันที่ค้นข้อมูล 10 กรกฎาคม 2552, เข้าถึงได้จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/274/27401.htm>
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2550). สุขภาพชุมชน: จากแนวคิดสู่ปฏิบัติการ. นนทบุรี: เดือนตุลา.
- บวร งามศิริอุดม. (2548). เอกสารประกอบการบรรยาย: การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องแผนปฏิบัติการของกรมอนามัย. วันที่ค้นข้อมูล 10 กรกฎาคม 2552, เข้าถึงได้จาก http://web.nkc.kku.ac.th/manit/document/962421/policY_plan_anamai.ppt
- มาพะ ขิตตะสังคะ. (ม.ป.ป.). ความรุนแรงในครอบครัว: สิ่งที่สังคมไทยต้องเรียนรู้ครอบครัวศึกษา. วันที่ค้นข้อมูล 29 มิถุนายน 2552, เข้าถึงได้จาก <http://www.nu.ac.th/office/gentle/violence.htm>
- รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2552). เอกสารประกอบการสอน: การสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัว. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิชัย เทียนถาวร และคณะ. (2548). นโยบายและภาคีเครือข่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ: มุ่งเน้นความสำคัญต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ. ใน สรุปการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 6 วันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันรักลูก. (2550). 34 31 47 รหัสสร้างครอบครัวเข้มแข็ง. กรุงเทพฯ: รักลูกแฟมิลีกรุ๊ป.

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒*. วันที่ค้นข้อมูล 14 กรกฎาคม 2552, เข้าถึงได้จาก http://www.nationalhealth.or.th/post_photo/img_cabcea92ef7d535503658b3e8cc968b8.pdf
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. (2549). *คู่มือการดำเนินงานสำหรับบุคลากรสาธารณสุข: ครอบครัวแข็งแรง ครอบครัวอบอุ่น เมืองไทยแข็งแรง*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง จังหวัดชลบุรี. (2552). *แบบประเมินหมู่บ้านสุขภาพ ปี 2552*. วันที่ค้นข้อมูล 14 กรกฎาคม 2552, เข้าถึงได้จาก <http://203.157.7.21/index2.php>
- ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์. (2552). *บทความเรื่อง การประเมินความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนากระบวนการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน*. วันที่ค้นข้อมูล 15 กรกฎาคม 2552, เข้าถึงได้จาก <http://www.northphc.org/PEN/bot5.htm>
- ศูนย์อนามัยที่ 10. (ม.ป.ป.). *คู่มือการดำเนินงานโครงการครอบครัวแข็งแรงสำหรับผู้ประเมินครอบครัว แข็งแรงในระดับตำบล*. วันที่ค้นข้อมูล 10 กรกฎาคม 2552, เข้าถึงได้จาก <http://hpc10.anamai.moph.go.th/>
- Clark, M.J. (1999). *Nursing in the community*. Connecticut: Appleton Lange.

แนวทางการเขียนและ ประเมินโครงการ



การเขียนโครงการ

สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ

เริ่มเขียน
โครงการ

ระบุชื่อโครงการ

มีความหมายชัดเจน กระชับ เข้าใจได้ว่าจะทำอะไร

หลักการและเหตุผล

วัตถุประสงค์

ตัวชี้วัด

กลุ่มเป้าหมาย

วิธีการดำเนินงาน

ระยะเวลาดำเนินการ

งบประมาณ

การประเมินผล

องค์กรภาคีที่สนับสนุน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ผังกำกับงานโครงการ

ส่วนท้าย ลงชื่อผู้เสนอ

และผู้อนุมัติโครงการ

การเขียนโครงการ

เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ

รัชณี สรรเสริญ

วรรณรัตน์ ลาวัง

หลายคนคงสงสัยว่าทำไมทำงานอะไรๆ ก็ต้องเขียนโครงการ หลายครั้งเมื่อได้รับมอบหมายให้เขียนโครงการ ผู้ได้รับมอบหมายมักเกิดปัญหาหลายประการ โดยเฉพาะกับผู้ที่ไม่เคยเขียนโครงการมาก่อน หรือแม้แต่นักประสบการณ์การเขียนมาก่อนก็ยังไม่แน่ใจว่าจะเขียนอย่างไร เพื่อให้ตรงใจ ตรงประเด็นปัจจุบันโครงการมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของทุกหน่วยงาน เพราะโครงการเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติงานประจำปี ซึ่งจะต้องทำทุกปี การจัดโครงการจึงถือเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิบัติงาน และยังเป็นส่วนหนึ่งที่ชี้วัดการทำงานว่าประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ แต่ปัญหาที่มักเกิดขึ้นบ่อยๆ ในการทำงานก็คือการเขียนโครงการไม่ชัดเจน ไม่สอดคล้องกับเป้าหมาย ตัวชี้วัด หรือไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ตามที่หน่วยงานกำหนดไว้ ทำให้ต้องปรับแก้โครงการบ่อยครั้ง โครงการต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ พบปัญหาต่างๆ จากผู้ดำเนินการกองทุนในหลายประเด็น ตั้งแต่ไม่รู้ว่าจะทำโครงการอะไร มาจนกระทั่งไม่รู้ว่าจะเขียนโครงการอย่างไร ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นได้แก่

1. ปัญหาจากบุคลากรใหม่ไม่เคยเขียนโครงการมาก่อน จึงไม่รู้ว่าจะควรเริ่มต้นจากจุดไหนก่อนหลังและลำดับหัวข้อในการเขียนโครงการควรเป็นอย่างไร
2. หลักการและเหตุผลควรจะเอาอะไรขึ้นก่อน-หลัง บางครั้งจะเริ่มต้น ก็เขียนต่อไปไม่ได้แล้ว นอกจากนั้นจะเอาอะไรมาเป็นเนื้อหาในการเขียนหลักการและเหตุผลให้โครงการน่าสนใจ ก็เป็นสิ่งที่ยาก
3. การกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการไม่ถูกต้อง ไม่รู้ว่าวัตถุประสงค์จะเขียนอย่างไรดี มีวัตถุประสงค์แล้วต้องมีตัวชี้วัดใหม่ ถ้ามีจะกำหนดตัวชี้วัดอย่างไร
4. กำหนดงบประมาณไม่ถูกต้อง ตามระเบียบกองทุน
5. การติดตามผลของโครงการหรือการประเมินผลไม่รู้ว่าจะต้องประเมินอะไรบ้าง และประเมินอย่างไร

ก่อนที่จะตอบคำถาม ขอให้ท่านทำความเข้าใจกับความหมาย ลักษณะของโครงการที่ดี และหัวข้อที่จำเป็นต้องเขียนในโครงการแต่ละโครงการ

ความหมายของโครงการ

โครงการ (Project) ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ให้ความหมายว่า หมายถึง "แผนหรือเค้าโครงการการทำงานตามที่กำหนดไว้" โครงการเป็นส่วนประกอบส่วนหนึ่งในการวางแผนพัฒนาซึ่งช่วยให้เห็นภาพ และทิศทางการพัฒนา ขอบเขตของงานที่สามารถติดตามและประเมินผลได้

โครงการ หมายถึง การวางแผนล่วงหน้าที่จะจัดทำขึ้นอย่างมีระบบ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยหลายกิจกรรมที่ต้องใช้ทรัพยากรในการดำเนินงาน และคาดหวังที่จะได้ผลตอบแทนอย่างคุ้มค่า แต่ละโครงการมีเป้าหมายเพื่อการผลิต หรือการให้บริการเพื่อเพิ่มพูนสมรรถภาพของแผนงาน การเขียนโครงการจึงเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการวางแผนที่จะทำให้องค์กรบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

สำหรับโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ หมายถึง โครงการที่จัดทำขึ้นตามปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้กับประชาชน โดยมีงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ที่สนับสนุนการดำเนินงานตามโครงการ

ลักษณะของโครงการที่ดี

โครงการที่ดีของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ควรมีองค์ประกอบดังนี้

1. ต้องเป็นโครงการที่มีลักษณะ ดังนี้

- 1.1. โครงการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ให้กับกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มคือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยทารก เด็กโต (อายุ 6 ปี ถึงต่ำกว่า 25 ปี) ผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปี ขึ้นไป) ผู้พิการและทุพพลภาพ
- 1.2. โครงการการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น เป็นกิจกรรมที่เกิดจากความริเริ่มของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นของประชาชนเอง
- 1.3. เป็นโครงการสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่น เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น
- 1.4. เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อการพัฒนาการบริหารกองทุน/การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการกองทุน และอื่นๆ

2. โครงการมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ชัดเจน สามารถดำเนินการได้จริง รายละเอียดของโครงการต้องเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์กัน เช่น วัตถุประสงค์ต้องสัมพันธ์กับปัญหา วิธีดำเนินการก็ต้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ เป็นต้น
3. สามารถติดตามและประเมินผลได้
4. เกิดจากข้อมูลปัญหาสุขภาพในพื้นที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการวิเคราะห์มาอย่างรอบคอบแล้ว จากผลการสำรวจข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ หรือการทำประชาคมเพื่อตกลงร่วมกันในการแก้ปัญหาสุขภาพเรื่องนั้นๆ
5. ได้รับการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรทั้งการเงิน และการบริหารอย่างเหมาะสมจากกองทุน
6. มีระยะเวลาในการดำเนินการที่แน่ชัด

โครงการทุกโครงการที่กำหนดขึ้น จะต้อง มีบุคคล หรือกลุ่มบุคคลเป็นผู้ดำเนินงาน บุคคลหรือกลุ่มบุคคลในกองทุน คือคณะกรรมการกองทุน หรือประชาชน ที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอาจได้รับการแต่งตั้ง เพื่อให้เป็นผู้เขียนโครงการขึ้น จากข้อมูลปัญหาของชุมชน เมื่อได้เขียนโครงการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน ก่อนที่จะไปดำเนินการ

ในการดำเนินงานโครงการ อาจดำเนินการโดยประชาชนเอง โดยคณะกรรมการกองทุน หรือโดยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน เช่น แพทย์ บุคลากร สาธารณสุข อสม.และกรรมการกองทุน การเขียนโครงการนั้นผู้เขียนอาจไม่ต้องเป็นผู้ดำเนินการโครงการก็ได้ โดยมอบให้กับบุคคลอีกกลุ่มหนึ่ง นำไปดำเนินงาน ทั้งนี้ใครจะเป็นผู้ดำเนินงานต้องขึ้นอยู่กับว่าโครงการนั้นต้องดำเนินการอะไรบ้าง ใครเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าว

จากคำถามต่างๆ ข้างต้น ประกอบกับลักษณะของโครงการที่ดี คำถามต่าง ๆ พอจะตอบได้ดังนี้

คำถามในการเขียนโครงการ

1. การเขียนโครงการควรประกอบด้วยหัวข้ออะไรบ้าง

หัวข้อในการเขียนโครงการในแต่ละหน่วยงานมักจะกำหนดของตนเองไว้เป็นแนวทาง ถ้ากองทุนใดกำหนดหัวข้อการเขียนอะไรไว้ ให้เขียนให้ครบทุกหัวข้อที่กองทุนนั้นๆ กำหนด โดยทั่วไปการเขียนโครงการจะมีหัวข้อดังต่อไปนี้

- ชื่อโครงการ
- หลักการและเหตุผล
- วัตถุประสงค์
- ตัวชี้วัด
- กลุ่มเป้าหมาย
- ระยะเวลาดำเนินการ
- วิธีดำเนินการ (ขั้นตอน กิจกรรมและวิธีการ)
- งบประมาณและทรัพยากรที่ต้องใช้
- การประเมินผล
- องค์การภาคีสันับสนุน
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
- ผู้รับผิดชอบโครงการ
- ผังกำกับงานโครงการ



รายละเอียดของรูปแบบ หรือโครงสร้าง หัวข้ออาจสลับที่กันบ้างในบางหัวข้อ โครงการบางโครงการ มีรายละเอียดมาก บางโครงการมีรายละเอียดน้อย ทั้งนี้แล้วแต่ผู้เขียนโครงการ จะพยายามจัดทำขึ้นหรือยึดถือ โดยมุ่งหวังให้ผู้อ่านโครงการ หรือผู้ปฏิบัติตามโครงการ มีความเข้าใจได้ง่ายที่สุด นอกจากส่วนประกอบดังกล่าวแล้ว การเขียนโครงการ ยังอาจมีส่วนประกอบอื่นๆ อีกเช่น

- **หน่วยงานที่ให้การสนับสนุน** หมายถึง หน่วยงานที่ให้ความร่วมมือ ประสานงาน เพื่อให้โครงการบรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
- **ผู้เสนอโครงการ** หมายถึงบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เขียน และนำโครงการขึ้น เสนอให้ผู้มีอำนาจในการอนุมัติโครงการเป็นผู้พิจารณา

2. ชื่อโครงการ ควรเขียนอย่างไรจึงเหมาะสม

ชื่อโครงการ ชื่อโครงการต้องมีความชัดเจน รัดกุม และเฉพาะเจาะจง ทำให้เกิดความเข้าใจง่ายแก่ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้นำโครงการไปปฏิบัติ ชื่อโครงการจะบอกให้ทราบว่า จะทำอะไร หรือเสนอ เพื่อทำอะไร โดยปกติชื่อโครงการจะแสดงลักษณะของงานที่ต้องปฏิบัติตัวอย่างเช่น

- โครงการการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- โครงการตรวจสุขภาพ และเฝ้าระวังโรคมะเร็ง
- โครงการอบรมผู้นำเยาวชน

3. หลักการและเหตุผลควรเขียนอย่างไรจึงจะเห็นว่าโครงการนั้นสำคัญ

หลักการและเหตุผล หรือบางหน่วยงานใช้คำว่า ความเป็นมา หรือภูมิหลังของโครงการ หลักการและเหตุผล เป็นส่วนที่แสดงถึงปัญหาความจำเป็นที่ต้องจัดโครงการโดยผู้เขียนหรือผู้เสนอโครงการจะต้องระบุถึงปัญหา เหตุผล และข้อมูลสนับสนุนให้ปรากฏชัดเจน ผู้เขียนต้องพยายามหาเหตุผล หลักการ ต่างๆ สนับสนุนโครงการอย่างสมเหตุสมผล เพื่อให้ผู้ที่มีหน้าที่อนุมัติโครงการเห็นชอบตามที่เสนอ การเขียนหลักการและเหตุผลมักเขียนเป็นความเรียง ไม่นิยมเขียนเป็นข้อๆ เช่น โครงการการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องเขียนให้เห็นว่าโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงแนวโน้มประชาชนเป็นกันมากขึ้น อาจระบุจำนวนประชาชนที่เป็นโรคดังกล่าว (อัตราป่วย อัตราตาย) มีความจำเป็นจะต้องคัดกรองเพื่ออะไร เมื่อคัดกรองแล้วจะส่งผลอะไร และจะดำเนินการอย่างไรจึงจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชน

4. วัตถุประสงค์ควรจะกำหนดอย่างไร

วัตถุประสงค์ เป็นการบอกให้ทราบว่า การดำเนินงานตามโครงการนั้นมีความต้องการให้อะไรเกิดขึ้น วัตถุประสงค์ที่ควรระบุไว้ควรเป็นวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ปฏิบัติได้และวัดและประเมินผลได้ ควรจะเขียนวัตถุประสงค์เป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม คือเขียนให้เป็นรูปธรรมมากกว่าเขียนเป็นนามธรรม การทำโครงการหนึ่งๆ อาจจะมีวัตถุประสงค์ มากกว่า 1 ข้อได้ แต่ทั้งนี้การเขียนวัตถุประสงค์ไว้มาก ๆ อาจจะทำให้ผู้ปฏิบัติมองไม่ชัดเจน และอาจ จะดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ไม่ได้ ดังนั้นจึงนิยมเขียนวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ปฏิบัติได้ วัดได้ เพียง 2-3 ข้อ เช่น 1. เพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต ให้กับประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตตำบลบ้านสุขแสน 2. เพื่อให้ประชาชนในเขตตำบลบ้านสุขแสนอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความรู้ ในการดูแลและจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้

5. จะกำหนดตัวชี้วัดอย่างไร จึงเหมาะสม

ตัวชี้วัด เป็นเครื่องมือเป็นการวัดความสำเร็จของโครงการ ตัวชี้วัดที่กำหนดให้ระบุว่า จะดำเนินการสิ่งใด โดยพยายามแสดงให้เห็นรูปตัวเลขหรือจำนวนที่จะทำได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด การระบุตัวชี้วัด ควรระบุเป็นประเภทลักษณะและปริมาณ ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความสามารถในการทำงานของผู้รับผิดชอบโครงการ

ตัวชี้วัดประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

- ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ จะเป็นตัวชี้วัดที่สามารถนับได้ อาจเป็น จำนวน หรือร้อยละ เช่น จำนวนผู้มารับบริการ ร้อยละของสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ผ่านการประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง ชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมสุขภาพร่วมกันทุกเดือนอย่างน้อยเดือนละครั้ง
- ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพของผลงาน หรือวัดกระบวนการทำงาน เช่นระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ระดับความสำเร็จของการให้บริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

ตัวอย่างการเขียนตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด
เพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต ให้กับประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลบ้านสุขแสน	ร้อยละ 90 ของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต
เพื่อให้ประชาชนในเขตตำบลบ้านสุขแสน อายุ 35 ปีขึ้นไปมีความรู้ในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน	ร้อยละ 90 ของผู้ที่มาร่วมโครงการ ได้รับความรู้ในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน
เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้รับการส่งต่อ ให้แพทย์เพื่อวินิจฉัย และรับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง	ประชาชนที่ได้ผ่านการคัดกรอง และ มี ภาวะเสี่ยงทุกคน จะได้รับการส่ง ต่อเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ เช่น ร้อยละ 80 ของผู้มารับบริการมีความพึงพอใจในการดำเนินงานตามโครงการ

6. กลุ่มเป้าหมายคือใครบ้าง

กลุ่มเป้าหมาย เป็นการบอกถึงความต้องการ หรือทิศทางในการปฏิบัติงานที่ระบุในเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ หรือพื้นที่ในการปฏิบัติงาน ว่าในการดำเนินงานโครงการนี้ ใครคือ ผู้ที่ผู้ดำเนินการโครงการจะนำกิจกรรมไปปฏิบัติ เช่น โครงการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงกลุ่มเป้าหมายคือ ประชาชนในหมู่บ้านที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ดำเนินการในทุกหมู่บ้าน

7. ระยะเวลาในการดำเนินงานโครงการเมื่อใดจึงเหมาะสม

ระยะเวลาดำเนินการโครงการ กำหนดเมื่อมีความพร้อมในทุกด้าน สำหรับโครงการส่งเสริมสุขภาพสามารถดำเนินการได้ตลอดเวลา แต่ป้องกันโรคบางโรคควรกำหนดเวลาดำเนินการให้เหมาะสม เช่นโครงการรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายควรทำในช่วงฤดูฝน นอกจากนี้การระบุระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นโครงการจนเสร็จสิ้นโครงการ ต้องระบุ วัน-เดือน-ปี ที่เริ่มต้นและเสร็จสิ้น เพื่อให้เกิดความชัดเจนว่าโครงการนั้นจะเริ่มเมื่อใด และจะสิ้นสุดเมื่อใด

8. จะกำหนดวิธีดำเนินการอย่างไรบ้าง

วิธีดำเนินการ หรือกิจกรรมหรือขั้นตอนการดำเนินงาน คืองานหรือกิจกรรมซึ่งจะต้องปฏิบัติในการ ดำเนินโครงการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ เกิดความสำเร็จตามตัวบ่งชี้ ในระยะการเตรียมโครงการจะรวบรวมกิจกรรมทุกอย่างไว้แล้ว นำมาจัดลำดับว่าควรจะทำสิ่งใดก่อน-หลัง หรือพร้อมๆ กัน แล้วเขียนไว้ตามลำดับ จนถึงขั้นตอนสุดท้ายที่ทำให้โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ ตัวอย่างกิจกรรม เช่น โครงการการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้เขียนกำหนดกิจกรรมดังนี้

- ประชาสัมพันธ์โครงการทางสถานีวิทยุชุมชน และหอกระจายข่าว
- ตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- ให้ความรู้กับผู้มารับบริการ



9. กำหนดงบประมาณเท่าใดจึงพอเหมาะ

การกำหนดงบประมาณ เป็นประมาณการค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโครงการ ซึ่งควรจำแนกรายการค่าใช้จ่ายได้อย่างชัดเจน เช่น ค่าวัสดุ ค่าอาหารกลางวัน ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าพาหนะ เป็นต้น โดยต้องระบุให้ชัดเจนเป็นค่าใช้จ่ายเหล่านั้นเท่าใด รวมทั้งโครงการเป็นเงินเท่าใด เช่น

ค่าอาหารกลางวัน คนละ 50 บาท 100 คน	เป็นเงิน	5,000 บาท
ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มคนละ 20 บาท 100 คน	เป็นเงิน	2,000 บาท
ค่าสมนาคุณวิทยากร 1คน	เป็นเงิน	300 บาท
ค่าถ่ายเอกสาร	เป็นเงิน	100 บาท

รวม 7,400 บาท(เจ็ดพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

10. การประเมินโครงการควรอย่างไร

การประเมินผลโครงการ เป็นบอกแนวทางว่าการติดตามประเมินผลควรทำอย่างไรในระยะเวลาใดและใช้วิธีการอย่างไรจึงจะเหมาะสม ซึ่งต้องระบุวิธีการประเมินผลให้ชัดเจนว่าจะประเมินโดยวิธีใด อาจเขียนเป็นข้อๆ หรือเขียนรวมๆ กันก็ได้ เช่น ประเมินจากการสังเกต การนับจำนวนผู้มารับบริการ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้ และแบบวัดความพึงพอใจ เป็นต้น

ในการประเมินโครงการ ผู้รับผิดชอบประเมินผลโครงการนั้นๆ จะต้องเตรียมมีการเตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมผลการดำเนินงาน โดยต้องทำไว้ล่วงหน้า ดังนั้นผู้ทำหน้าที่ประเมินต้องทำความเข้าใจกับวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด กิจกรรมต่างๆ ที่ติดตามโครงการ และเตรียมเครื่องมือให้สอดคล้องกับสิ่งที่จะวัด เช่น

ตัวชี้วัด	เครื่องมือ
ร้อยละ 90 ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต	แบบบันทึกจำนวนผู้มารับบริการ (สามารถใช้แบบบันทึกข้อมูลประวัติ การตรวจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้)
ร้อยละ 90 ของผู้ที่มาร่วมโครงการ ได้รับความรู้ในการดูแลและจัดการ สุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน	แบบบันทึกจำนวนผู้ที่ได้เข้ารับฟังการ ให้ความรู้ และ หรือ แบบทดสอบ ความรู้

ตัวชี้วัด	เครื่องมือ
ประชาชนที่ได้ผ่านการคัดกรอง และ มี ภาวะเสี่ยงทุกคน จะได้รับการส่ง ต่อเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง	แบบบันทึกจำนวนผู้ที่ได้รับการส่ง ต่อไปโรงพยาบาล
ร้อยละ 80 ของผู้มารับบริการมีความ พึงพอใจในการดำเนินงานตาม โครงการ	แบบประเมินความพึงพอใจ (ต้อง กำหนดให้ชัดเจนว่าจะประเมินในเรื่อง ไດบ้าง)

11. องค์การภาคีที่สนับสนุนหมายถึงใคร

องค์การภาคีที่ให้การสนับสนุน เป็นการให้แนวทางแก่ผู้อนุมัติและผู้ปฏิบัติว่า ในการดำเนินการโครงการนั้น ควรจะประสานงานและขอความร่วมมือกับหน่วยงาน ไตบ้าง เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ของโครงการ เช่น สถานีอนามัยมีเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขมาช่วยร่วมคัดกรองผู้รับบริการ มี อสม. ช่วยชี้แจงนำหนักวัดความดันเป็น ต้น

12. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับควรกำหนดอย่างไร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เป็นการกล่าวถึงผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับจาก ความสำเร็จของโครงการ เป็นการคาดคะเนผลที่จะได้รับเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติโครงการ ซึ่งผลที่ได้รับต้องเป็นไปในทางที่ดี ทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ เช่น โครงการคัดกรอง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เช่น

- อัตราการป่วย การตายด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
อัมพฤกษ์ อัมพาตลดลง
- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
ลดลง
- เกิดชมรมกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีกิจกรรมการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการสุขภาพและการดูแลตนเอง

13. ผู้รับผิดชอบโครงการควรเป็นใคร

ผู้รับผิดชอบโครงการเป็นการระบุให้ทราบว่าใครเป็นเจ้าของโครงการ ควรระบุชื่อ ตำแหน่งและหน่วยงานให้ชัดเจน



14. ผังกำกับงานโครงการทำอะไร

ผังกำกับงานโครงการเป็นการกำหนดรายละเอียดของการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ของโครงการที่กำหนดรายละเอียด วัน เวลา ผู้รับผิดชอบชัดเจน นิยมกำหนดเป็นตาราง ดังตัวอย่าง

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ					ผู้รับผิดชอบ
		สิงหาคม					
		1- 7	8- 14	15-21	22- 28	29 -31	
1	ขั้นเตรียมการ เขียนโครงการ	—					เลขากองทุน
2	ประชาสัมพันธ์โครงการ	—	—				อสม ทุกคน
3	ประสานงานเรื่องสถานที่จัดงาน		—				นายกนก
4	ประสานงานเรื่องอาหาร		—				นางสมศรี
5	ติดต่อวิทยากร		—				นายสาธิต
6	เตรียมแบบประเมินผลโครงการ			—			นายสาธิต
	ขั้นดำเนินงาน						
7	ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป ตรวจเบาหวานให้สุศึกษา				—		นางสมใจ นายประภาส
	ขั้นประเมินผลโครงการ						
8	เก็บข้อมูล				—		อสม นางใส
9	สรุปผลการประเมินและรายงาน ประธานกองทุน					—	นายประสิทธิ์

ตัวอย่างการเขียนโครงการ
โครงการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
อัมพฤกษ์ อัมพาต เชิงรุกของกองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านสุขแสน

.....

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพของประชาชนที่พบมากในประเทศไทย ที่ต้องได้รับการแก้ไข นอกจากโรคติดต่อแล้ว กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย และความพิการ ทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนลดลง และก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดในสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคมะเร็ง เป็นต้น

จากการสำรวจและคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน พบว่าประชาชนยังขาดความตระหนักในการดูแลรักษาโรคมามากกว่าร้อยละ 50 จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การตรวจค้นหา และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังต่างๆ ของตำบลบ้านสุขแสนยังไม่บรรลุเป้าหมาย มีประชาชนที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต อีกจำนวนมาก เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่คิดว่าตนเองสุขภาพดี เพราะยังไม่มีอาการของโรค จึงไม่ให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพ เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคเหล่านี้ การคัดกรองและตรวจสุขภาพของประชาชน เป็นการค้นหาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดของโรคที่สำคัญที่สุด และเมื่อค้นพบผู้มีปัจจัยเสี่ยงจะได้ดำเนินการตรวจวินิจฉัย และรักษาต่อโดยเร็วต่อไป

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านสุขแสน ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต และเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม และเพื่อให้การดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต บรรลุเป้าหมายของประเทศ จึงได้จัดทำโครงการคัดกรองโรคเบาหวาน โรค

ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต เชิงรุก ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านสุขแสน เพื่อนำผลการคัดกรองมาการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ของครอบครัว ชุมชน และสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต ให้กับประชาชนที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตตำบล บ้านสุขแสน
2. เพื่อให้ประชาชนในเขตตำบลบ้านสุขแสนอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความรู้ในการดูแล และจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน
3. เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้รับการส่งต่อให้แพทย์เพื่อวินิจฉัย และรับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละ 90 ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต
2. ร้อยละ 90 ของผู้ที่มีร่วมโครงการได้รับความรู้ในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน
3. ร้อยละ 80 ของผู้มารับบริการมีความพึงพอใจในการดำเนินงานตามโครงการ
4. ประชาชนที่ได้ผ่านการคัดกรอง ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงทุกคน จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง
5. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงทุกคน ได้รับการดูแลและติดตามเยี่ยมเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง จากบุคลากรสาธารณสุข



กลุ่มเป้าหมาย

1. ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านสุขแสน จำนวน 2,500 คน ใน 10 หมู่บ้าน ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต
2. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาตได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเหมาะสม

ระยะเวลาดำเนินงาน

- 1 กุมภาพันธ์ 2552 – 30 เมษายน 2552

วิธีดำเนินการ (ขั้นตอน กิจกรรมและวิธีการ)

ขั้นที่ 1 เตรียมการก่อนดำเนินงานตามโครงการ

- 1.1. ประชุมชี้แจงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อให้มีความเข้าใจในแนวเดียวกัน
- 1.2. ประสานงานกับบุคคลากรสาธารณสุขเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานการคัดกรอง
- 1.3. จัดทำแผนและกำหนดวันออกปฏิบัติงานเชิงรุกในการดำเนินงาน คัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์อัมพาตในเขตตำบลบ้านสุขแสน ในกลุ่มประชาชนกลุ่มที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
- 1.4. ประชาสัมพันธ์ โครงการเพื่อเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมโครงการผ่านทางสถานีวิทยุชุมชนคลื่น FM 90.25 MHz ทุกวันในเวลา 16.00-17.00 น. อสม. ประชาสัมพันธ์ผ่าน หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน และติดแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์

ขั้นที่ 2 ดำเนินการตามโครงการ

- 2.1. แต่งตั้งคณะทำงานสำหรับออกดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาตของตำบลบ้านสุขแสน
- 2.2. อบรม อสม. เพื่อทบทวนความรู้และทักษะในการตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือด การวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และคำนวณดัชนีมวลกาย

การชักประวัติ และการให้คำแนะนำ

2.3. อสม. นัดประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปี ขึ้นไปตามละแวกที่ผู้รับผิดชอบไปตรวจคัดกรองในสถานที่ที่นัดหมายของแต่ละหมู่บ้านตามที่กำหนดไว้ในแผน เพื่อรับการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต โดยองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านสุขแสน และอำนวยความสะดวกด้านการจัดสถานที่ในการให้บริการ

2.4. เจ้าหน้าที่ และ อสม. ชักประวัติการเจ็บป่วยประวัติการเกิดโรคในครอบครัวที่เป็น ภาวะเสี่ยงและประวัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพตามแบบคัดกรองโรค โดย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ตรวจหาน้ำตาลในเลือด วัดรอบเอว คำนวณค่าดัชนีมวลกาย

2.5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสรุปผลการตรวจคัดกรอง โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต ให้ประชาชนได้ทราบถึงผลการคัดกรอง และให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมป้องกันการเกิดโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

2.6. ในรายที่มีภาวะเสี่ยงจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม

2.7. ให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและในชุมชน เกี่ยวกับบทบาทในการจัดการหรือการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนโดย อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.8. จัดตั้งชมรมกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงโดยให้กลุ่มผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน เช่น ให้ผู้ป่วยพูดคุยกันว่าเมื่ออยู่ที่บ้านมีพฤติกรรมและแบบแผนการใช้ชีวิตอย่างไร ดูแลตนเองอย่างไร การพูดให้กำลังใจในการจัดการหรือดูแลตนเอง

2.9. ติดตามเยี่ยมกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องโดยให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการจัดการหรือดูแลตนเองอย่างเข้มแข็ง กระตุ้นให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและแบบแผนการใช้ชีวิต เช่น ลดการบริโภคอาหารเค็ม ลดน้ำหนักเมื่อมีภาวะอ้วนหรือมีภาวะน้ำหนักเกิน เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ นมที่มีไขมันต่ำ

หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีปริมาณ แอลกอฮอล์มากเกินไป และเพิ่มการมีกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพเพื่อลดภาวะเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน อันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องโดยให้ครอบครัว ชุมชนได้มีส่วนร่วม

ขั้นที่3 ประเมินผลโครงการ

คณะกรรมการร่วม กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์อัมพาตของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลบ้านสุขแสน โดยประเมินตามตัวชี้วัด

งบประมาณ

1	ค่าชุดน้ำยาตรวจเบาหวาน	เป็นเงิน	20,000 บาท
2	ค่าจ้างจัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์โครงการ		500 บาท
3	ค่าจ้างจัดทำเอกสารให้ความรู้กับผู้มารับบริการ		
	3,000 ชุด	เป็นเงิน	2,000 บาท
4	ค่าอาหารกลางวันเจ้าหน้าที่และบุคลากรช่วยงาน		
	จำนวน 10 คนๆ ละ 80 บาท จำนวน 10 วัน		
		เป็นเงิน	8,000 บาท
5	ค่าน้ำดื่มสำหรับเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่และบุคลากรช่วยงานและผู้รับบริการวันละ ประมาณ 250 คนๆ		
	ละ 5 บาท จำนวน 10 วัน	เป็นเงิน	12,000 บาท
รวม 42,500 บาท (สองหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน)			

การประเมินผลโครงการ

ประเมินตามตัวบ่งชี้ของโครงการโดยมีแบบวัดความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการ

องค์กรภาคีที่สนับสนุน

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานเฝ้าระวังตำบลบ้านสุขแสน จำนวน 3 คน ช่วยในการตรวจคัดกรองสรุปผล และให้ความรู้กับผู้มารับบริการ และสรุปผลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับคณะกรรมการกองทุน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตตำบลบ้านสุขแสน จำนวน 48 คนมีบทบาทในการประชาสัมพันธ์ นัดหมายประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 40 ปีขึ้นไป ร่วมกันคัดกรอง ประเมินภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต และติดตามเยี่ยม และช่วยสัมภาษณ์ผู้มารับบริการเกี่ยวกับความพึงพอใจและความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ สถานที่สำหรับดำเนินการ การประชาสัมพันธ์โครงการ และช่วยสัมภาษณ์ผู้มารับบริการเกี่ยวกับความพึงพอใจและความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. อัตราการป่วย การตายด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาตลดลง

3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงลดลง

4. เกิดชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการสุขภาพและการดูแลตนเอง



ผู้รับผิดชอบโครงการ

นายสมศักดิ์	สุภาพดี	กรรมการกองทุน	ประธานกรรมการโครงการ
นายโยนก	ปราการ	กรรมการกองทุน	กรรมการ
นายดี	นาสม	ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 1	กรรมการ
นางใจ	ดอนโคกสูง	ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 2	กรรมการ
นายมานัส	สุขสมจิต	ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 3	กรรมการ
นายดวง	แดงสว่าง	ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 4	กรรมการ
นางปราณี	บ้านโคกสูง	อสม.	กรรมการและเลขานุการการ
นางพรณี	ศรีสมบูรณ์	อสม.	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการการ

ผังกำกับงานโครงการ

คัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาตเชิงรุก

[illegible]

[illegible]

กิจกรรม	เดือน กุมภาพันธ์				เดือน มีนาคม				เดือน เมษายน					ผู้รับผิดชอบ
	2-8 กพ 52	9-15 กพ 52	16-22 กพ 52	23-28 กพ 52	1-8 มีค 52	9-15 มีค 52	16-22 มีค 52	23-29 มีค 52	30-5 เมย 52	6-12 เมย 52	13-19 เมย 52	20-26 เมย 52	27-30 เมย 52	
1. แต่งตั้งคณะทำงาน สำหรับออกดำเนินงาน คัดกรอง		10 กพ												นายก อบต.
2. อบรม อสม.ทบทวน ความรู้และทักษะในการ ซักประวัติ ตรวจวัดความ ดันโลหิต ตรวจน้ำตาลใน เลือด การวัดส่วนสูง ชั่ง น้ำหนัก วัดรอบเอว และ คำนวณดัชนีมวลกาย			23 กพ											เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
3. จัดสถานที่เพื่อให้ บริการ					2 มีค 4 มีค	9 มีค 11 มีค	16 มีค 18 มีค	23 มีค 15 มีค						อบต.
3. ดำเนินการตามนัด หมายในแต่ละหมู่บ้าน					3 มีค	10 มีค	17 มีค	24 มีค						เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข

กิจกรรม	เดือน กุมภาพันธ์				เดือน มีนาคม				เดือน เมษายน					ผู้รับผิดชอบ
	2-8 กพ 52	9-15 กพ 52	16-22 กพ 52	23-28 กพ 52	1-8 มีค 52	9-15 มีค 52	16-22 มีค 52	23-29 มีค 52	30-5 เมย 52	6-12 เมย 52	13-19 เมย 52	20-26 เมย 52	27-30 เมย 52	
10 หมู่บ้านฯ ละ 1 วัน					5, มีค	12 มีค	19 มีค	26 มีค						อสม. กรรมการกองทุน
4. ส่งต่อผู้ที่อยู่กลุ่มเสี่ยง ไปตรวจที่โรงพยาบาล					6 มีค	13 มีค	20 มีค	27 มีค						เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
5 ติดตามเยี่ยมกลุ่มที่มี ภาวะแทรกซ้อนอย่าง ต่อเนื่อง								←					→	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อสม.
6 จัดตั้งชมรมผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน และ กำหนดตารางกิจกรรม และดำเนินการตาม กิจกรรม									ประชุม 2 เม.ย	จัดกิจกรรมทุกวันพุธที่ 3 ของเดือนทุกเดือน				เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อสม. กรรมการกองทุน
ขั้นที่3 ประเมินผล โครงการ														
เก็บข้อมูลตาม แบบสอบถาม					3 มีค	10 มีค	17 มีค	24 มีค						อสม

กิจกรรม	เดือน กุมภาพันธ์				เดือน มีนาคม				เดือน เมษายน					ผู้รับผิดชอบ
	2-8 กพ 52	9-15 กพ 52	16-22 กพ 52	23-28 กพ 52	1-8 มีค 52	9-15 มีค 52	16-22 มีค 52	23-29 มีค 52	30-5 เมย 52	6-12 เมย 52	13-19 เมย 52	20-26 เมย 52	27-30 เมย 52	
					5, มีค	12 มีค	19 มีค	26 มีค						
สรุปผลการประเมิน									30 มีค				27 เมย	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อสม. กรรมการกองทุน
สรุปผลค่าใช้จ่าย									30 มีค					
นำเสนอคณะกรรมการ กองทุนในการประชุม ประจำเดือน													27 เมย	เลขาโครงการ

ดัชนี



ดัชนี

ดัชนี	หน้า
กลุ่มเป้าหมาย	151
การเขียนโครงการ	145 147
การดูแลสุขภาพชุมชน	122
การประเมินการทํากิจวัตรประจำวัน	62
การประเมินผล	152
การประเมินภาวะทางสังคม	62
การประเมินสุขภาพทางกาย	62
การประเมินสุขภาพทางจิต	62
การปรับตัวของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น	3
การเปลี่ยนแปลงของวัยกลางคน	5
การเปลี่ยนแปลงของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น	3
การเปลี่ยนแปลงในคนพิการ	79
การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ	55
การเผชิญวิกฤตชีวิตวัยกลางคน	7
การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	86
การสร้างเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจ	63
การสร้างเสริมสุขภาพทางสังคม	63
การเสริมสร้างสุขภาพทางกาย	63
เก๊าท์	59
คนพิการทางการได้ยิน	81
คนพิการทางการมองเห็น	80
คนพิการทางจิตใจและพฤติกรรม	82
คนพิการทางด้านร่างกาย	81
คนพิการทางสติปัญญา	82

ดัชนี	หน้า
ครอบครัว	109
ครอบครัวเข้มแข็ง	113
ครอบครัวจะเข้มแข็งได้อย่างไร	114
ความเข้มแข็งของชุมชน	116
ความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนพิการ	82
คำถามในการเขียนโครงการ	147
เครือข่ายในการดูแลคนพิการ	90
โครงการกระดูกและข้อต่อ	56
โครงการ	146
โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพครอบครัวและชุมชน	125
โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพคนพิการ	91
โครงการนำทางสู่เมนูสุขภาพวัยผู้ใหญ่	17
งบประมาณและทรัพยากรที่ต้องใช้	152
ชื่อโครงการ	148
ชุมชน	116
ตัวชี้วัด	150
ตัวชี้วัดความสำเร็จของครอบครัว	113
ตัวชี้วัดความสำเร็จของชุมชน	118
ตัวชี้วัดสถานสุขภาพของวัยผู้ใหญ่	11
ตัวอย่างโครงการ	155
แนวทางการดูแลคนพิการในชุมชน	87
แนวทางการดูแลวัยผู้ใหญ่ในชุมชน	13
ประเภทของความพิการ	80
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	153
ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน	117
ปัญหาสุขภาพของครอบครัว	112

ดัชนี	หน้า
ปัญหาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ	58
ปัญหาสุขภาพในวัยผู้ใหญ่	8
ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยการปรับตัวของคนพิการ	85
ฟังก์กัับงานโครงการ	154
ผู้ดูแลคนพิการ	87
ผู้รับผิดชอบโครงการ	154
ผู้สูงอายุ	55
พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของวัยผู้ใหญ่	10
พฤติกรรมเสี่ยงของครอบครัว	111
พฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพชุมชน	117
พัฒนาการของครอบครัว	110
ระบบขับถ่าย	56
ระบบย่อยอาหาร	56
ระบบสมองและประสาท	55
ระบบสายตา	55
ระบบสืบพันธุ์	56
ระบบสูบฉีดเลือด	56
ระบบเสียงหรือการได้ยิน	56
ระยะเวลาดำเนินการ	151
รุมาดอยท์	58
โรคความดันโลหิตสูง	9 58
โรคจิตประสาท	9
โรคทางสายตาและการมองเห็น	59
โรคเบาหวาน	9 58
โรคมะเร็ง	9 58
โรคหัวใจ	8

ดัชนี	หน้า
โรคอัลไซเมอร์	58
โรคเอดส์	9
ลักษณะของโครงการที่ดี	146
วัตถุประสงค์	149
วัยกลางคน	5
วัยทอง	6
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น	3
วิธีดำเนินการ	151
สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมของวัยผู้ใหญ่	10
สิทธิของผู้สูงอายุ	60
สิทธิคนพิการ	88
สุขภาพดีด้วย 6 อ.	120
หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	118
หมู่บ้านสร้างสุขภาพ	119
หลักการและเหตุผล	149
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	61
องค์กรภาคีที่สนับสนุน	153
อุบัติเหตุนิเวศวิทยา	9

ภาคผนวก



รายชื่อผู้วิพากษ์

เมนูการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในระดับพื้นที่

ชื่อ	นามสกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน
ทันตแพทย์จเร	วิชาไทย	แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
นางอรจิตต์	บำรุงสกุลสวัสดิ์	กลุ่มงานสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นางมุกดา	สำนวนกลาง	แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ผศ.ดร.พิมสุภาว	จันทนะโสทธิ์	ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.มลีนี	สมภพเจริญ	ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.สุกัญญา	บุรณเดชาชัย	ภาควิชานิติศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์ดวงทอง	สรประเสริฐ	ภาควิชานิติศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ว่าที่ร้อยตรี วิสูตร	ดอนแนไพโร	เทศบาลตำบลหนองแขง อำเภอนาคู จังหวัดชัยนาท
นางสาวสายพิน	จันทร์มา	เทศบาลตำบลหนองแขง อำเภอนาคู จังหวัดชัยนาท
นางภารดี	แก้วแกมกาจัน	เทศบาลตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
นางสุภาณี	กลีบสุวรรณ	เทศบาลตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
นายประภาส	จารประพาฬ	องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
นางกระจาย	ชวาลสิทธิ์	องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
นางแววตา	ธรรมมา	องค์การบริหารส่วนตำบลพุดบาท อำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์

ชื่อ	นามสกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน
นายเด่นณรงค์	ธรรมา	องค์การบริหารส่วนตำบลพุทธรบาท อำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์
นางพรเพ็ญ	ภัทราภรณ์	ศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี
นายสุรสิทธิ์	กังวลจิต	ภาคประชาชน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี
นางลูกคิด	จันทร์บุญชร	สถานีอนามัยตำบลบ่อทอง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
นางกฤษณา	เอียนเปลี่ยน	โรงพยาบาลพิจิตร
นางสาวสุทธินันท์	น้ำเพชร	โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี
นายศรีสวัสดิ์	นันท์โกวัฒน์	สถานีอนามัยบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก
นางวิราภรณ์	ทองยัง	เทศบาลเมืองไร่ขิง อำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม
นางนิรมล	พระสุพรรณ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวหินใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร
นางสาวปาริชาติ	อ้อมบุญ	องค์การบริหารส่วนตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
นางจารุวรรณ	บุญวุฒิวิวัฒน์	ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
นายโกศล	โมมา	จิตอาสา อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี
นางรติยา	รัตนทิพย์	องค์การบริหารส่วนตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ
นายอาจองค์	อ้อมแย้ม	องค์การบริหารส่วนตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ
นางเรณู	กฤษณะทรัพย์	สถานีอนามัยตำบลบางเสด็จ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง
นายพิเชษฐ์	กฤษณะทรัพย์	สถานีอนามัยตำบลบางเสด็จ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

