

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม...โครงการภาคีเครือข่ายวังประจันร่วมใจ ด้านภัยโรคเรื้อรัง  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

## ๑. ผลการดำเนินงาน

**กิจกรรมที่ ๑** จัดกิจกรรมประชุมคณะทำงาน ทีมสุขภาพโรคเรื้อรัง วางแผนก่อนการดำเนินโครงการ เพื่อให้ทีมสุขภาพโรคเรื้อรัง ภาคีเครือข่ายมีความรู้ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน และประชุมคณะทำงานเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน อภิปรายปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการ เมื่อดำเนินงานโครงการเสร็จสิ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

**กิจกรรมที่ ๒** จัดทำค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แบบไม่พักค้างแรมโดยทีมสหวิชาชีพ จัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้ ประกอบด้วย

- ฐานให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
- ฐานความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา
- ฐานโภชนาการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารในท้องถิ่นที่เหมาะสมกับโรค
- ฐานเรียนรู้การออกกำลังกาย แนะนำและสาธิตฝึกการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับสภาพ

ร่างกาย และการคลายเครียด

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความร่วมมือ สามารถสาธิตกลับการออกกำลังกายได้

**กิจกรรมที่ ๓** กิจกรรมทีมสุขภาพโรคเรื้อรังติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ตลอดจนให้ความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

## ๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ .....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .....๑๑๐..... คน

**กิจกรรมที่ ๑** จัดกิจกรรมประชุมคณะทำงาน ทีมสุขภาพโรคเรื้อรัง จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/  
โครงการ/กิจกรรม .....๒๐..... คน

**กิจกรรมที่ ๒** จัดทำค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .....๘๐..... คน

**กิจกรรมที่ ๓** กิจกรรมทีมสุขภาพโรคเรื้อรังติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/  
โครงการ/กิจกรรม ....๑๐.... คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .....๑๕,๒๐๐..... บาท  
งบประมาณเบิกจ่ายจริง .....๑๕,๒๐๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....๑๐๐.....  
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

.....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

.....

.....

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(...นางวนิดา ศรีรักษา...)

ตำแหน่ง ....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ...

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....๒๖ กันยายน ๒๕๖๑.....