ส่วนที่ ๓ แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน

๑. ชื่อกิจกรรม/โครงการ

โครงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอ โรงพยาบาลพัทลุง ปี ๒๕๖๖

๒. วันที่ดำเนินโครงการ

๑. จัดกิจกรรมจัดอบรมเชิงปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๑ วัน วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐.๘๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอ โรงพยาบาลพัทลุง

๒. ติดตามผลการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๓ ครั้ง ระยะห่าง ๑ เดือน/๓ เดือน โดยใช้กระบวนการกลุ่มตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรม NCD – X ของสถาบันพัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์รวม

ในวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖, วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๖ และวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๘.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอ โรงพยาบาลพัทลุง

๓. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ HBA๑C มากกว่า ๗ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสงที่ควบคุมไม่ได้ BP มากกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg จำนวน ๕๐ คน

ซึ่งครบตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละ ๑๐๐

๔. ประเมินผลคุณภาพกิจกรรม

- ○ ๔ = บรรลุผลมากกว่าเป้าหมาย
- ✓ ๓ = บรรลุผลตามเป้าหมาย
- ○ ๒ = เกือบได้ตามเป้าหมาย
- ○ ๑ = ได้น้อยกว่าเป้าหมายมาก
- ○ ๐ = ไม่สามารถประเมินได้

๕. ผลผลิต (Output)/ ผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดขึ้น

ผลการประเมินผลตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๕.๑. จัดกิจกรรมจัดอบรมเชิงปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๑ วัน วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐.๘๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอ โรงพยาบาลพัทลุง โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ HBA๑C มากกว่า ๗ จำนวน ๓๒ คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ BP มากกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg จำนวน ๑๘ คน รวมทั้งหมด จำนวน ๕๐ คน

๕.๒ ติดตามผลการควบคุมโรคผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดย

๑. โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการติดตามเดือนที่ ๓.

๒. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม HBA๑C ก่อน และหลังการติดตามในเดือนที่๓

๓. ติดตามการเจาะน้ำตาลในเลือด (DTX) และวัดความดันโลหิต ทุก ๑ เดือน จำนวน ๒ ครั้ง และให้คำปรึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม จำนวน ๕๐ คน ติดตามครั้งที่๑. ในวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖, ติดตามครั้งที่๒. วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๖ และครั้งที่ ๓. ตรวจน้ำตาลในเลือดสะสม HBA๑C วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๘.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนตอนยอ โรงพยาบาลพัทลุง

๕.๓ ประเมินผลหลังการจัดกิจกรรม และสิ้นสุดโครงการ

ผลการประเมิน

๑. ใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย วัดผลก่อนและหลังโครงการ จำนวน ๕๐ ราย มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมสุขภาพตามเกณฑ์ จำแนกตามกลุ่มดังนี้

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ด้านอาหาร ระดับดีมาก	๙	๑๘.๐๐	๒๓	๔๖.๐๐
ด้านอาหาร ระดับดี	๑๔	๒๘.๐๐	๑๗	๓๔.๐๐
ด้านอาหาร ระดับน้อย	๒๒	๔๔.๐๐	๑๐	๒๐.๐๐
ด้านอาหาร ระดับน้อยที่สุด	๕	๑๐.๐๐	๐	๐
ด้านออกกำลังกาย ระดับดีมาก	๖	๑๒.๐๐	๑๗	๓๔.๐๐
ด้านออกกำลังกาย ระดับดี	๑๓	๒๖.๐๐	๒๕	๕๐.๐
ด้านออกกำลังกาย ระดับน้อย	๒๕	๕๐.๐	๘	๑๖.๐๐
ด้านออกกำลังกาย ระดับน้อยที่สุด	๖	๑๒.๐๐	๐	๐

จากตารางพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมโรคไม่ได้ HBA๑C มากกว่า ๗ ที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวน ๓๒ คน โดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ติดตามผลพฤติกรรมโดยใช้แบบสอบถาม ผลการติดตามพบว่าพฤติกรรมด้านอาหารระดับดีมากเพิ่มขึ้นจาก ๑๘.๐๐ เป็น ๔๖.๐๐ และพฤติกรรมด้านออกกำลังกาย ระดับดีมากเพิ่มขึ้นจาก ๑๒.๐๐ เป็น ๓๔.๐๐ ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม HBA๑C จำแนกตามกลุ่มดังนี้

ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม HBA๑C	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ควบคุมโรคได้ HBA๑C < ๗	๐	๐	๑๐	๓๑.๒๕
ควบคุมโรคไม่ได้ HBA๑C ๗ – ๗.๙	๑๙	๕๙.๓๘	๑๕	๔๖.๘๘
ควบคุมโรคไม่ได้ HBA๑C ๘ – ๘.๙	๙	๒๘.๑๒	๖	๑๘.๗๕
ควบคุมโรคไม่ได้ HBA๑C ๙ ขึ้นไป	๔	๑๒.๕	๑	๓.๑๒
รวม	๓๒	๑๐๐	๓๒	๑๐๐

จากตารางพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมโรคไม่ได้ HBA๑C มากกว่า ๗ ที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวน ๓๒ คน โดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ติดตามผลเป็นระยะตามเกณฑ์เดือนละ ๑ ครั้ง x ๓ เดือน ผลการติดตามพบว่า ควบคุมโรคได้ดี HBA๑C < ๗ จำนวน ๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๒๕ ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ HBA๑C มากกว่า ๗ ได้รับการติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน ติดตามทางโทรศัพท์ ทางกลุ่ม Line และเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมหรือพบแพทย์ปรับการรักษา ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ BP มากกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg จำนวน ๑๘ คน ติดตามผลเป็นระยะตามเกณฑ์เดือนละ ๑ ครั้ง x ๓ เดือน ผลการติดตามพบว่าควบคุมโรคได้ BP น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg จำนวน ๑๒ คน คิด เป็นร้อยละ ๖๖.๖๗ และควบคุมไม่ได้ BP มากกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg จำนวน ๖ คน เป็นร้อยละ ๓๓.๓๓

๖. รายงานการใช้เงิน

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ จำนวน ๑๘,๗๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)
งบประมาณเบิกจ่ายจริง จำนวน ๑๘,๐๙๙ บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันเก้าสิบเก้าบาทถ้วน)
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯจำนวน ๖๐๑ บาท (หกร้อยหนึ่งบาทถ้วน)

กิจกรรม	รายการค่าใช้จ่าย	งบประมาณที่ดำเนินการแล้ว	เงินคงเหลือ
กิจกรรมที่ ๑. ประชุมทีมงาน แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. แกนนำชุมชน ๑๐ เม.ย. ๒๕๖๖	๑. ค่าอาหารว่าง (๔๐ คน x ๒๕ บาท) ๑,๐๐๐ บาท ๒. ค่าเอกสารการประชุม ๕๐๐ บาท	๑,๐๐๐ บาท ๕๐๐ บาท	๐ ๐
กิจกรรมที่ ๒. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๖ x๑ วัน เป้าหมาย ๕๐ คน	๑. ค่าอาหารกลางวัน (๖๐ คน x ๖๐ บาท) ๓,๖๐๐ บาท ๒. ค่าอาหารว่าง (๖๐ คน x ๒ มื้อ X ๒๕ บาท) ๓,๐๐๐ บาท ๓. ค่าสมนาคุณวิทยากร จำนวน ๖ ชม.x ๖๐๐ บาท = ๓,๖๐๐ บาท ๔. ค่าจัดทำคู่มือ การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันที่ควบคุมโรคไม่ได้ จำนวน ๕๐ เล่มๆ ละ ๔๐ บาท =๒,๐๐๐ บาท ๕. แฟ้มเอกสาร ดินสอ ปากกา ๑,๐๐๐ บาท ๖. ค่าถ่ายเอกสาร ๑,๐๐๐ บาท	๓,๖๐๐ บาท ๓,๐๐๐ บาท ๓,๐๐๐ บาท ๒,๐๐๐ บาท ๙๙๙ บาท ๑,๐๐๐ บาท	๐ ๐ ๖๐๐ ๐ ๑ ๐
กิจกรรมที่๓.ติดตามผล เดือนละ ๑ ครั้งx ๓ ครั้ง (เบิกค่าอาหารว่าง ๒ ครั้ง) ครั้งที่๑. วันที่ ๒๔ พ.ค.๖๖ ครั้งที่๒. วันที่ ๒๘ มิ.ย.๖๖	ค่าอาหารว่าง (๖๐ คน x ๑ มื้อ X ๒๕ บาท) ค่าอาหารว่าง (๖๐ คน x ๑ มื้อ X ๒๕ บาท)	๑,๕๐๐ บาท ๑,๕๐๐ บาท	๐ ๐
รวม	**๑๘,๗๐๐**	**๑๘,๐๙๙**	**๖๐๑**

๗. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☐ ไม่มี

☐ มี ปัญหา/อุปสรรค

๑. ผู้ป่วยเบาหวานที่นัดให้มาอบรมในสถานบริการ ไม่สามารถเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการครบทุกฐาน เพราะ มีภารกิจที่ต้องทำ และในขั้นตอนการดำเนินการบางคนต้องเดินทางไปทำภารกิจต่างจังหวัด ไม่สามารถดำเนินการตามโปรแกรมได้ มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลง หรือเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

๑. ให้ อสม.ซึ่งเป็นหมอคนที่ ๑ ลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ให้กำลังใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

๒. ผสมผสานกับกิจกรรมเยี่ยมบ้านในงานประจำโดยมอบให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบชุมชนลงเยี่ยมบ้านตามแผน เพิ่มความตระหนัก ขวัญกำลังใจ ความมั่นใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและ การออกกำลังกาย

๓. กรณีผู้ป่วยที่มีผลระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นมาก นัดให้มาพบนักโภชนากรทุกวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ ๔ ของเดือน และนำมาเข้าแผนการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวในวันพุธสัปดาห์ที่ ๒ และ ๔ ของเดือน

ลงชื่อ .....

(นางพจนา ตะเภาหิรัญ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖