



แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวัดขวาง  
 รหัส กปท. ...L3414....  
 อำเภอ.....โพทะเล.....จังหวัด.....พิจิตร.....

1.ชื่อ  แผนงาน  โครงการ  กิจกรรม

โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง

2.ผลการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง เรื่อง การบริโภคอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย จำนวน 30 คน สมัครใจร่วมโครงการ ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2566 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดขวาง

ภาคเช้า เป็นเรื่องสาเหตุและอาการของการเกิดโรคไตเรื้อรัง การใช้ยาและสมุนไพรอย่างไรให้ปลอดภัยจากการเกิดโรคไตเรื้อรัง และการบริโภคอาหารอย่างไรให้ปลอดภัยจากการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบัว คือ นางพรอมา ดิวรางกูร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ภาคบ่าย การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรังและฝึกการออกกำลังกาย โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดขวาง คือ นางบุญธรรม จ้อยสุดใจ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ



ประเมินความรู้แกนนำก่อนการอบรม พบว่าแกนนำมีความรู้ทำถูก 8 ข้อขึ้นไปหรือผ่านร้อยละ 80 จากแบบทดสอบ 10 ข้อ มีแกนนำมีความรู้ทำผ่านจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และแกนนำมีความรู้น้อยกว่าร้อยละ 80 จำนวน 27 คน คิดเป็น ร้อยละ 90 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด 30 คน

ประเมินความรู้แกนนำหลังการอบรม พบว่าแกนนำมีความรู้ทำถูก 8 ข้อขึ้นไปหรือผ่านร้อยละ 80 จากแบบทดสอบ 10 ข้อ มีแกนนำมีความรู้ทำผ่านจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 และแกนนำมีความรู้น้อยกว่าร้อยละ 80 จำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.33 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด 30 คน


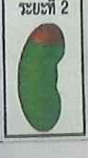


กิจกรรมที่ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการสร้างแรงใจกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ครั้งที่ 2 เป้าหมาย จำนวน 30 คน สมัครใจร่วมโครงการ ในวันที่ 20 กรกฎาคม 2566 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดขวาง  
ภาคเช้า เรื่องการสร้างแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดย นางพิลิตี ศรีนาราง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ภาคบ่าย คืบข้อมูลผลการตรวจเลือดประจำปี ครั้งที่ ๑ และผลการตรวจความเค็มในอาหารของกลุ่มเป้าหมาย และ การวิเคราะห์เมนูอาหารในครอบครัวกลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ที่มีผลต่อการเปลี่ยนระดับของภาวะโรคไตวาย โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดขวาง คือ นางบุญธรรม จ้อยสุดใจ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



บุคคลที่เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโครงการ				ผู้ที่ร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโครงการ			
ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
Cr.	eGFR	Cr.	eGFR	eGFR	Cr.	eGFR	
0.94	80.73			11.24			
 <b>ระยะที่ 2</b>				 <b>ระยะที่ 2</b>			

### ชะลอไตเสื่อมได้อย่างไร

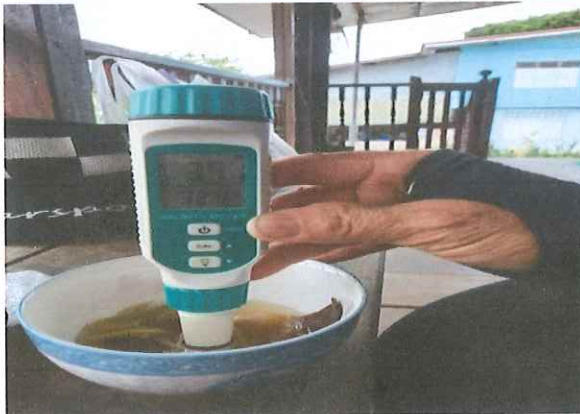
ระดับไตเสื่อม	ระดับน้ำตาลที่ควรกิน	ระดับไขมันที่ควรกิน
1 มากกว่า 90	น้อยกว่า 130/80	น้อยกว่า 130/80
2 80 - 89	น้อยกว่า 130/80	น้อยกว่า 130/80
3 30 - 59	น้อยกว่า 130/80	น้อยกว่า 130/80
4 15 - 29	น้อยกว่า 130/80	น้อยกว่า 130/80
5 น้อยกว่า 15	น้อยกว่า 130/80	น้อยกว่า 130/80

**วิธีชะลอไตเสื่อม**

- ควบคุม **ความดัน** ให้ต่ำกว่า **130/80** มิลลิเมตรปรอท
- ควบคุม **น้ำตาล** ให้ต่ำกว่า **130** มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- ควบคุม **ไขมัน** ให้ต่ำกว่า **190** มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- สูบบุหรี่ **ห้าม**
- งดดื่ม **แอลกอฮอล์**
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย **8-10** แก้ว (ประมาณ 2 ลิตรต่อวัน)
- หลีกเลี่ยงยาที่มีส่วนผสมของ **"ไทรเจน"** ยาแก้ปวด ยาฆ่าเชื้อ
- งดรับประทาน **ยา** ที่แพทย์สั่ง
- งดรับประทาน **สมุนไพร**
- งดรับประทาน **วิตามิน**



กิจกรรมที่ 3 ติดตามเยี่ยมและให้คำแนะนำกลุ่มเป้าหมาย



กิจกรรมที่ 4 เจาะเลือดกลุ่มเป้าหมายประเมินผลเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ



- ติดตามและประเมินผลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง จำนวน 30 คนที่เข้าร่วมโครงการพบว่า โดยการเจาะเลือดดูค่าไตเปรียบเทียบกับก่อน - หลัง พบว่าผู้มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ค่าไตเปรียบเทียบกับก่อน - หลัง มีค่าไตอยู่เกณฑ์ปกติ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และค่าไตดีขึ้น จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33

### 3.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์  
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ .....

### 4.การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ..... 14,860 ..... บาท  
 งบประมาณเบิกจ่ายจริง ..... 14,860 ..... บาท คิดเป็นร้อยละ ..... 100.....  
 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน ..... - ..... บาท คิดเป็นร้อยละ ..... -.....

### 5.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี  
 มี  
 ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....  
 แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

### 6.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

- สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด)  
 ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง  
 อื่น ๆ .....

### 7.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย 3 คน ขึ้นไป)

- |                                          |                            |
|------------------------------------------|----------------------------|
| 1. ชื่อ นางสาวศุทธิรัตน์ ชัยชิตธีรานันท์ | หมายเลขโทรศัพท์ 0903496241 |
| 2. ชื่อ นางสาวรุ่ง ก้นสุข                | หมายเลขโทรศัพท์ 0812834346 |
| 3. ชื่อ นางลักขมี จันทร์เชื้อ            | หมายเลขโทรศัพท์ 0968155473 |

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน

( นายสรารุท ดิถุช )

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดขวาง

วันที่-เดือน-พ.ศ. 25 กันยายน 2566.

### คณะกรรมการติดตามและตรวจสอบการดำเนินโครงการฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง คณะกรรมการติดตามฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง คณะกรรมการติดตามฯ

