



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทร ๐ ๗๓๕๑ ๗๕๐๐

ที่นธ ๐๐๓๒.๒๐๐/๐๒๒ วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง รายงานผลการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการชุมชนวิถีใหม่ อสม.ร่วมใจ ห่างไกลโควิด - ๑๙

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย

ตามที่งานรักษาพยาบาลชุมชนและฝ่ายสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลสุโขทัย ได้ดำเนินการจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการชุมชนวิถีใหม่ อสม.ร่วมใจ ห่างไกลโควิด - ๑๙ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด - ๑๙ และป้องกันโรคโควิด ๑๙ สามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดต่อยังประชาชน ก่อให้เกิดความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคโควิด ๑๙ ซึ่งได้ดำเนินการไปแล้วเมื่อวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมราชพฤกษ์ โรงพยาบาลสุโขทัย โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวนทั้งสิ้น ๕๒ ราย นั้น

ในการนี้ ฝ่ายบริหารทั่วไปขออนุมัตินำโครงการดังกล่าวมาใช้ในการตรวจประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ใน MOIT ๑๒ หน่วยงานของท่านเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงาน และขออนุญาตนำโครงการดังกล่าวขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและอนุญาตให้นำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการชุมชนวิถีใหม่ อสม.ร่วมใจ ห่างไกลโควิด - ๑๙ เผยแพร่บนเว็บไซต์ ต่อไป

(นางสาวศศิธร เทพกำเนิด)  
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

ทงว และงย๑๑

ดว

แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเงินบำรุงโรงพยาบาลสุโขทัย

ชื่อโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการชุมชนวิถีใหม่ อสม.รวมใจ ห่างไกลโควิด-19

ผู้รับผิดชอบโครงการ นางสาวอาชวรา เบ็ญจพามาต

1. ผลการดำเนินงาน

1. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ : จำนวน 50 คน
  2. ระยะเวลาที่ดำเนินโครงการ : ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2565
  3. สถานที่จัดโครงการ : ห้องประชุมราชพฤกษ์ โรงพยาบาลสุโขทัย
- สรุปผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย/ระดับความสำเร็จที่ต้องการ	ค่าที่ได้รับ/ระดับความสำเร็จที่ได้รับ
<p>๓. ตัวชี้วัดผลผลิต</p> <p>-จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมได้เข้าประชุมตามเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>-ผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับคะแนนความรู้ความเข้าใจและการป้องกันโรคโควิด-๑๙</p>	ร้อยละ ๘๐	๑๐๐
	ร้อยละ ๘๐	๙๒
<p>๒. ตัวชี้วัดผลลัพธ์</p> <p>-ประชาชนในอำเภอสุโขทัยสามารถดูแลตนเองและได้รับการฉีดวัคซีนครบ ๒ เข็ม</p>	ร้อยละ ๗๐	๗๑.๖๘

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
- ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการ.....50.....คน

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .....8,200..... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง .....8,200..... บาท คิดเป็นร้อยละ ....100.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
- มี

## ปัญหา/อุปสรรค

1. ประชาชนบางคนยังขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคโควิด-19
2. เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้และทักษะในการพัฒนา Platform ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

### แนวทางการแก้ไข

1. ควรให้มีการลงติดตามวิเคราะห์ ประเมินผลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
2. งาน EOC ระดับอำเภอ ควรมีการจัดกิจกรรมการประกวดชุมชนต้นแบบจัดการลดโรคโควิด-19 ได้ดี เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น
3. ควรให้ความรู้การปรับทัศนคติที่ถูกต้อง และให้ความรู้แก่ประชาชนที่ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด-19
4. ส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในประชาชนกลุ่มป่วย และสัมผัสเสี่ยงสูง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาล และภาคีเครือข่าย เพื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตได้
5. ควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19 และการจัดการเบื้องต้น เมื่อมีอาการ โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการโรคโควิด-19 และการป้องกันโรคโควิด-19 การตรวจ ATK ด้วยตนเอง และการเข้ารับการรักษา ซึ่งการให้ความรู้ ควรใช้สื่อ/ป้าย/ไวนิล/Platform และการประชาสัมพันธ์ทางวิทยุ โทรทัศน์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนาในชุมชนให้มากขึ้น เพราะเป็นช่องทางที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้มากที่สุด
6. ควรมีมาตรการจัดการเบื้องต้นตามแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในชุมชน เช่น การสวมหน้ากากอนามัย 100% เมื่อออกนอกบ้าน และการกักตัว (HI) ของกลุ่มป่วยและสัมผัสเสี่ยงสูง เป็นต้น
7. ควรมีการอบรมความรู้และทักษะการสร้างรูปแบบ Platform ให้บุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสามารถสร้างนวัตกรรม Digital health media ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ลดการระบาดของโรคโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

## 5. ภาพกิจกรรมโครงการ (จำนวน 4 รูป)

\*กรุณาแนบแผ่น CD บันทึกข้อมูลการดำเนินงานและรวมภาพกิจกรรมของโครงการ จำนวน 1 แผ่น

## 6. ลายมือชื่อเต็ม พร้อมลายเซ็นผู้เข้าร่วมโครงการ

ลงชื่อ.....นางสาว.....มีเหตุให้ขอ/.....ผู้รายงาน

(นางสาวอาชुरา เบ็ญจุฬามาศ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ