

ส่วนที่ ๓ :แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้น  
การดำเนินงาน)

**ชื่อโครงการ :**

โครงการพนักงาน อบต.ค้อลดันหยง ขยับกาย สบายกาย คลายโรค ประจำปีงบประมาณ  
พ.ศ. ๒๕๖๕

**๑. ผลการดำเนินงาน :**

การจัดกิจกรรมโครงการพนักงาน อบต.ค้อลดันหยง ขยับกาย สบายกาย คลายโรค  
ประจำปี ๒๕๖๕ มีผู้เข้าร่วมโครงการประกอบด้วยพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลค้อลดันหยงและ  
ประชาชนทั่วไปที่สนใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๔๗ คน ใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล  
ค้อลดันหยง จำนวนเงิน ๑๖,๓๙๕.-บาท กิจกรรมที่ ๑อบรมให้ความรู้เรื่องโรคที่เกิดจากการทำงานใน  
สถานที่ทำงานและโรคเรื้อรัง ในวันที่ ๒๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบล  
ค้อลดันหยง และกิจกรรมที่ ๒ การออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายในระหว่างการทำงาน ทุกวันๆละ ๑๐ นาที  
จำนวน ๒ ครั้งต่อวัน เวลา ๑๑.๐๐ และ ๑๕.๐๐ น.กิจกรรมที่ ๓ กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินแอโร  
บิก สัปดาห์ละ ๑-๒ ครั้ง ทุกวันพุธ-พฤหัสบดี วันละ ๓๐ นาที ตั้งแต่เวลา ๑๖.๐๐-๑๖.๓๐ น. จำนวน ๒๔  
ครั้ง หลังจากเสร็จสิ้นโครงการกลุ่มเป้าหมายทำแบบประเมินสุขภาพหลังเข้าร่วมโครงการ ผลการตรวจสุขภาพ  
ของกลุ่มเป้าหมายพึงพอใจ ในการจัดทำโครงการและอยากให้มีการดำเนินโครงการนี้ ดำเนินการต่อเนื่อง กลุ่มเป้าหมาย  
ที่เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นจำนวน ๔๗ คน สุขภาพดีขึ้น

**๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ .....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .....๔๗..... คน

**๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .....๑๖,๓๙๕.-.....บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง .....๑๖,๓๙๕.-.....บาท คิดเป็นร้อยละ .....๑๐๐..

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ .....-.....บาท คิดเป็นร้อยละ .....๑๐๐....

**๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค :

๑. สถานที่ในการจัดอบรมค่อนข้างร้อน เนื่องจากสภาพอากาศในช่วงฤดูร้อน
๒. สถานที่ในการเดินแอโรบิก ไม่ค่อยอำนวย เนื่องจากในบางช่วงเวลามีแดดส่อง และ  
บางวันฝนตก
๓. สถานที่ในการเดินแอโรบิก ในบางวันที่มีฝนตก พื้นที่ชื้นแฉะ

ข้อเสนอแนะ :

๑. อยากให้มีการจัดอบรมในเรื่องของร้านอาหารแบบนี้ทุกปี

ลงชื่อ .....  .....ผู้รายงาน

(นางสุไลดา ยากะจิ)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

๓๐ กันยายน ๒๕๖๕