

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

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการรณรงค์ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชุมชน หมู่ที่ ๑

#### ๑. ผลการดำเนินงาน

##### กิจกรรมอบรมให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

- ได้ดำเนินกิจกรรมอบรมให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน ๒ ครั้ง ณ ศาลา  
อเนกประสงค์บ้านฝาง ๑๔ หมู่ที่ ๑ ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๑ และครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๑ กันยายน  
๒๕๖๑ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น ๑๕๐ ราย จากการจัดกิจกรรมทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/  
โรคความดันโลหิตสูง มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
เพื่อลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยประสานขอความอนุเคราะห์  
เจ้าหน้าที่จากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ นิคมพัฒนา เพื่อมาเป็นวิทยากรให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง  
และโรคเบาหวานแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

##### กิจกรรมตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

- คณะกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ ๑ ได้จัดกิจกรรมตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิต  
สูงและโรคเบาหวาน ณ ศาลาอเนกประสงค์ บ้านฝาง ๑๔ ในวันที่ ๒๐ และ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๑ มีผู้เข้าร่วม  
กิจกรรมทั้งสิ้น ๑๕๐ ราย สามารถคัดแยกกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ได้ดังนี้

๑. กลุ่มปกติ จำนวน ๗๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๓๓
๒. กลุ่มเสี่ยง จำนวน ๔๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๒
๓. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องรับการรักษา จำนวน ๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๓๓
๔. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องรับการรักษา จำนวน ๑๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๙.๓๓
๕. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงต้องรับการรักษา จำนวน ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒

#### ๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

##### ๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ เพราะ .....

##### ๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมในแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ๑๕๐ คน

#### ๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	๑๗,๗๕๐.- บาท	
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	๑๗,๗๕๐.- บาท	คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ	- บาท	คิดเป็น ร้อยละ -

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

.....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นายวิเวก จุลพงษ์)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ ๑

วันที่/ เดือน/ พ.ศ..... ๓๐ ม.ย. ๖๑.....