

ส่วนที่ ๓: แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อโครงการ/กิจกรรม ออกร่างกายเพื่อสุขภาพแบบบาสโลบ ลดโรค ลดพุง ปี ๒๕๖๒

### ๑. ผลการดำเนินงาน

จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนลงพุงและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบบาสโลบ ในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ อาคารอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๕ ตำบลท่าข้าม อำเภอ ปะเหลียน จังหวัดตรัง มีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓๐ คน

๑. กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนลงพุง กลุ่มเป้าหมายมาอบรมเชิงปฏิบัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนลงพุง การออกกำลังกายแบบบาสโลบ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓๐ คน ได้รับการอบรม จำนวน ๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒. กลุ่มเป้าหมายได้รับทักษะการออกกำลังกายแบบบาสโลบ กลุ่มเป้าหมายมาอบรมเชิงปฏิบัติการได้ฝึกทักษะการออกกำลังกายแบบบาสโลบ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓๐ คน ได้รับการฝึกทักษะ จำนวน ๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๓. กลุ่มเป้าหมายมีค่ารอบเอวลดลง กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓๐ คน มีรอบเอวลดลง จำนวน ๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๖๖ กลุ่มเป้าหมายนำความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแบบบาสโลบ สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่คนในชุมชน ชักชวนคนในชุมชนมาออกกำลังกาย เป็นแกนนำในการออกกำลังกายให้คนในชุมชน ได้ออกกำลังกายทุกวัน

### ๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

#### ๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์



บรรลุตามวัตถุประสงค์



ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

#### ๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการฯ

จำนวน ๓๕ คน

### ๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

-งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ จำนวน ๘,๙๕๐ บาท

๑. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๓๕ คนๆละ ๒๕ บาท เป็นเงิน ๘๗๕ บาท

๒. ค่าอาหารกลางวัน ๑ มื้อ จำนวน ๓๕ คนๆละ ๗๕ บาท เป็นเงิน ๒,๖๒๕ บาท

๓. ค่าเอกสารประกอบการอบรม จำนวน ๓๐ ชุดๆละ ๓๐ บาท เป็นเงิน ๙๐๐ บาท

๔. ค่าป้ายไวนิลโครงการ ขนาด ๒.๕\*๑.๒ เมตร จำนวน ๑ ผืน เป็นเงิน ๔๕๐ บาท

๕. ค่าวิทยากร จำนวน ๖ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาทเป็นเงิน ๓,๖๐๐ บาท

๖. ค่าอุปกรณ์ใช้ในการอบรม (แฟ้ม,ปากกา) เป็นเงิน ๕๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๘,๙๕๐ บาท

-งบประมาณเบิกจ่ายจริง จำนวน ๘,๙๕๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

-งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ - บาท คิดเป็นร้อยละ -

### ๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

.....

.....

แนวทางแก้ไข (ระบุ) .....

.....

.....

(ลงชื่อ) พัทธภรณ์ ศรีรัตน์

(นางสาวพัชราภรณ์ ศรีรัตน์)

ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข

วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒