

**ส่วนที่ ๓ :แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

**ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโพมบรรจุอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดี ของคนหูแร่ทั้งการและเหตุผล**

จากสภาพสังคมเศรษฐกิจปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ประชาชนต้องการความสะอาดรวดเร็ว และมี การประกอบอาหารด้วยตนเองน้อยลง ผู้บริโภคส่วนใหญ่หันไปพึ่งร้านอาหารและแพงลอยจำหน่ายอาหาร ถึงแม้จะมีการส่งเสริม และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาร้านอาหารและแพงลอยจำหน่ายอาหารให้ได้ตามมาตรฐานด้านสุขาภิบาล และมีโครงการอาหารสะอาด รสชาตiorอย (Clean Food Good Taste) แล้วก็ ตามแต่ ยังมีพิษภัยจากสารเคมีที่ปนเปื้อนมากับอาหารหรือแพงมากับภาชนะบรรจุอาหาร “โพม” ที่นิยมใช้กันอย่าง แพร่หลาย เนื่องจากสะอาด ราคาถูก และหาซื้อได้ง่าย จากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า เมื่อนำกล่องโพม (Polystyrene) ไปบรรจุอาหารที่มีความร้อนสูง หรือที่มีไขมัน หรือน้ำมัน จะมีสารพิษออกมานปนเปื้อนในอาหาร ซึ่งเป็นสารก่อให้เกิดโรคมะเร็ง (Carcinogen) ได้แก่สารสไตรีน (Styrene) ออกฤทธิ์ทำให้สมองเนิ่นง ใบผู้ชายเสียงเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งตับ ในผู้หญิงเสียงเป็นมะเร็งเต้านมและมะเร็งตับ ส่วนสารเบนซิน (Benzene) ออกฤทธิ์ทำลายไขกระดูก ทำให้โลหิตฯ สารทาเลท (phthalate) เป็นสารทำลายระบบสืบพันธุ์ ก่อให้เกิด ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภค และจากการสำรวจปริมาณของตั้งแต่ปีของกรมควบคุมมลพิษ พบว่า ขณะ ประเทศไทยมีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก ๓๔ ล้านใบ/วัน เป็น ๖๑ ล้านใบ/วัน หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ๑ ใบ/คน/วัน โดยเฉพาะในเขตเมืองที่มีประชากรหนาแน่น หรือแหล่งเที่ยวท่องต่างๆ จะพบว่ามีขยะประเภทโพมมากกว่าปกติ ซึ่งโพมเป็นขยะที่มีความคงทน และใช้เวลาในการย่อยสลายประมาณ ๔๕๐ ปี ซึ่งสร้างปัญหาในการกำจัด เนื่องจากต้องใช้พลังงานต้นทุนการกำจัดสูง เปลืองพื้นที่ฝังกลบ และขบวนการกำจัดโพม อาจทำให้เกิดมลพิษ สิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน และภาวะโลกร้อนได้อีกด้วยหนึ่ง

จากข้อมูล ร้าน/แพงจำหน่ายอาหาร ภายในเขตตำบลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหูแร่ รวมทั้งหมด ๒๑ ร้าน เมื่อดูจากตัวเลขการเข้าร่วมเป็น ร้าน/แพงจำหน่ายอาหารปลอดโพม นับว่ายังไม่อยู่ในระดับที่สามารถแก้ไขปัญหาการลดใช้ภาชนะโพมในการบรรจุอาหารได้ และจะส่งผลกระทบต่อการกำจัดต่อไปอีกทางหนึ่งด้วย ดังนั้นทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหูแร่ ได้เล็งเห็นถึงความจำเป็นที่จะจัดการอันตรายจากโพมที่ใช้บรรจุอาหาร และรณรงค์ ลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโพม บรรจุอาหาร ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหูแร่ ให้ได้ในระดับที่น่าพอใจ และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายด้านอาหาร ปลอดภัยของรัฐ และเป็นประโยชน์แก่ประชาชน ในการลดความเสี่ยงจากการบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย จึงได้ จัดทำโครงการฯ นี้ขึ้น

## ๑. ผลการดำเนินงาน

### ตารางที่ ๑ แสดงผลการดำเนินงานโครงการจ้างนกรายกิจกรรม

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน
๑. กิจกรรมอบรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายตามโครงการโครงการลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของคนทุกแพร่ ในวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒ โดยมีผู้เข้าร่วมอบรม จำนวนทั้งสิ้น ๑๐๐ คน</li> <li>- กลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐ มีระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการในระดับดีมาก</li> <li>- กลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ ๙๖ มีระดับความรู้ในการเรื่อง อันตรายของการใช้ภาชนะโฟมและการใช้วัสดุทดแทน โฟมเพิ่มมากขึ้น</li> <li>- กลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ ๘๓ มีระดับความรู้ในการการ อันตรายของการใช้ภาชนะโฟมและการใช้วัสดุทดแทน โฟมเพิ่มมากขึ้นในระดับดี</li> </ul>
๒. กิจกรรม MOU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารร่วมลงนาม MOU NO FOAM จำนวน ๑๙ ร้าน</li> <li>- มีสถานศึกษาร่วมลงนาม MOU NO FOAM จำนวน ๔ สถานศึกษา</li> <li>- มีศาสนสถานร่วมลงนาม MOU NO FOAM จำนวน ๒ สถานศึกษา</li> </ul>
๓. กิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสปลอดโฟมในตลาดน้ำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดรณรงค์ Hurae no foam ในตลาดน้ำดูแล้ว วันที่ ๒๖ พย ๒๕๖๒ เวลา ๑๔.๐๐-๑๖.๐๐ น. โดยมี ผู้เข้าร่วมการรณรงค์ ๑๐๐ คน</li> </ul>

### ๓. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

#### ๓.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ .....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .....๑๐๐..... คน

### ๔. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .....๓๘,๒๐๐ ..... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง .....๓๘,๒๐๐ ..... บาท คิดเป็นร้อยละ ....๑๐๐..

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

### ๕. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

ลงชื่อ .....

ผู้รายงาน

(.....นางสาวจิตตรัตน์ نمจันทร์.....)

ตำแหน่ง .....นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ.....

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....