



แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม
 กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....องค์การบริหารส่วนตำบลคูริง.....รหัส กปท.....L1093.....
 อำเภอ.....ท่าแพ.....จังหวัด.....ชุมพร.....

1.ชื่อ แผนงาน โครงการ กิจกรรม

โครงการคัดกรองสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ปีงบประมาณ 2566

2.ผลการดำเนินงาน

กิจกรรมการดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุกในชุมชน

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจคัดกรองน้ำตาลในเลือด

จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ	ผลการตรวจ					
	ปกติ		เสี่ยง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
161	122	75	28	17	11	8

จากตารางแสดงผลการคัดกรองน้ำตาลในเลือดพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีระดับค่าน้ำตาลในเลือดปกติ (ไม่เกิน 100มิลลิกรัม/เดซิลิตร) จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยง(100-119มิลลิกรัม/เดซิลิตร)จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 17 ระดับน้ำตาลในเลือดสูง(มากกว่า 120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8

ตารางที่ 2 แสดงผลการคัดกรองความดันโลหิต

จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ	ผลการตรวจ					
	ปกติ		เสี่ยง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
161	118	73	14	8.6	30	18.6

จากตารางแสดงผลการคัดกรองความดันโลหิต ของผู้เข้ารับการตรวจ จำนวน 161 คน พบว่า ผู้เข้ารับการตรวจส่วนใหญ่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 73 อยู่ในระดับเสี่ยง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 อยู่ในระดับสูง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 18.6



ตารางที่ 3 แสดงผลการคัดกรองสารพิษตกค้างในเลือด

จำนวนผู้เข้าร่วม โครงการ	ผลการตรวจ							
	ปกติ		ปลอดภัย		เสี่ยง		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
161	45		27.9	31	7	4.34	7	4.34

จากตารางแสดงผลการคัดกรองสารพิษตกค้างในเลือด พบว่าจากผู้เข้ารับบริการ จำนวน 161 คน พบระดับสารพิษตกค้างในเลือดที่ระดับปลอดภัยมากที่สุด จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 31 รองลงมาเป็นผู้ที่มีผลเลือดปกติ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 และพบว่า เสี่ยงและ ไม่ปลอดภัย จำนวนเท่ากัน คือ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 4.34

3.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

4.การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....13,050.....บาท
 งบประมาณเบิกจ่ายจริง.....13,050.....บาท คิดเป็นร้อยละ100.....
 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน.....บาท คิดเป็นร้อยละ

5.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
 มี

ปัญหา/อุปสรรค

ผู้เข้าร่วมโครงการมีความคาดหวังว่าจะได้ตรวจไขมันในเลือดเหมือนปีงบประมาณที่ผ่านมา จึงมีการซักถามกันอย่าง ต่อเนื่องหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมเจาะเลือด

แนวทางการแก้ไข

ชี้แจงเหตุผลของการดำเนินงานโครงการได้ทำตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในส่วนของงบกองทุนหลักประกัน สุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลคูริง มีจำนวนจำกัด ในส่วนของการดำเนินการตรวจไขมันนั้นวางแผนจะใช้งบอื่น แต่ปีนี้ยังไม่ได้รับสนับสนุนงบ

6.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

- สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด)
 ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง
 อื่น ๆ



7.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย 3 คน ขึ้นไป)

- | | | |
|----------------------|-----------|-----------------------------|
| 1. ชื่อ นางอุไรวรรณ | แก้วกรุด | หมายเลขโทรศัพท์ 095-7811010 |
| 2. ชื่อ นางสาวนิภาพร | หมวกเรต | หมายเลขโทรศัพท์ 080-6916939 |
| 3. ชื่อ นางสาวสุณี | มุฮัมหมัด | หมายเลขโทรศัพท์ 094-0729342 |

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ.





