

โครงการเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุ ๐-๕ ปี
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบ้านควน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

หลักการและเหตุผล

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม โภชนาการของเด็กวัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกาย อาหารและภาวะโภชนาการที่ดี ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์เต็มที่

สถานการณ์งานโภชนาการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบ้านควน ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่า เด็กอายุ ๐-๕ ปีที่ได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการจำนวน ๔๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๑๔ เด็กที่มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์เพียงร้อยละ ๖๖.๔๕ ซึ่งได้รับการตรวจคัดกรองจากผู้ปกครองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ผ่านการอบรมหรือไม่สามารถให้คำแนะนำได้เมื่อพบเด็กที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีภาวะทุพโภชนาการได้ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาโภชนาการในพื้นที่ได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบ้านควน จึงจัดทำโครงการนี้เพื่อเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองภาวะโภชนาการเด็ก ๐-๕ ปีทั้งในชุมชนและในคลินิกสุขภาพเด็กดี มีการค้นหา ช่วยเหลือเด็กที่มีความเสี่ยงและการดูแลส่งเสริมให้มีพัฒนาการตามวัยที่ ถูกต้องเหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรก โดยให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อมุ่งหวังให้เด็กเติบโตเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเฝ้าระวัง ตรวจคัดกรองและติดตามทางโภชนาการของเด็กอายุ ๐-๕ ปี
๒. เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ ๐-๕ ปีมีพัฒนาการทางร่างกายและสมองเจริญเติบโตสมวัย

เป้าหมาย

๑. ผู้ปกครองเด็กอายุ ๐-๕ ปี จำนวน ๕๐ คน
๒. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๑๐๐ คน

วิธีดำเนินการ / กิจกรรม

ขั้นเตรียมการ

๑. วางแผนจัดทำโครงการ
๒. เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ
๓. ประสานผู้เกี่ยวข้อง
๔. ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการ

ขั้นตอนดำเนินการ

จัดกิจกรรมตามโครงการ ดังนี้

๑. อบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - ๑.๑ การให้ความรู้เรื่องโภชนาการเด็ก
 - ๑.๒ การทดสอบก่อน-หลังการอบรม
 - ๑.๓ ฝึกทักษะการตรวจและประเมินภาวะโภชนาการ
๒. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตรวจประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ๐-๕ ปี
๓. อบรมผู้ปกครองเด็กอายุ ๐-๕ ปีที่เสี่ยงหรือมีภาวะทุพโภชนาการ
 - ๓.๑ การให้ความรู้เรื่องโภชนาการเด็ก
 - ๓.๒ ฝึกทักษะการตรวจและประเมินภาวะโภชนาการ

ขั้นประเมินผล

๑. ประเมินผลโครงการ

ระยะเวลาดำเนินการ

มกราคม - สิงหาคม ๒๕๖๐

งบประมาณดำเนินการ

เงินกองทุนโครงการหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านควน เป็นเงิน ๑๓,๖๒๕ บาท (เงินหนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน) รายละเอียดค่าใช้จ่าย ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑. อบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๑๐๐ คน

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑๐๐ คน x ๒ ครั้ง x ๒๕ บาท	เป็นเงิน	๕,๐๐๐	บาท
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๑๐๐ คน x ๗๕ บาท x ๑ ครั้ง	เป็นเงิน	๗,๕๐๐	บาท
- กระดาษถ่ายเอกสาร เอ ๔ ๗๐ แกรม ๒ รีม x ๑๑๕ บาท	เป็นเงิน	๒๓๐	บาท
- ดินสอ ๑๐๐ ด้าม X ๓ บาท	เป็นเงิน	๓๐๐	บาท

รวมเป็นเงิน ๑๓,๐๓๐ บาท

กิจกรรมที่ ๒. อบรมผู้ปกครองเด็กอายุ ๐-๕ ปีที่เสี่ยงหรือมีภาวะทุพโภชนาการ จำนวน ๕๐ คน

- กระดาษถ่ายเอกสาร เอ ๔ ๗๐ แกรม ๑ รีม x ๑๑๕ บาท	เป็นเงิน	๑๑๕	บาท
- ปากกา ๕๐ ด้าม x ๑๐ บาท	เป็นเงิน	๕๐๐	บาท

รวมเป็นเงิน ๖๑๕ บาท

รวมเป็นเงิน ๑๓,๖๔๕ บาท (เงินหนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน)

ขอเบิกเพียง ๑๓,๖๒๕ บาท (เงินหนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน)

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายสามารถถัวเฉลี่ยได้ทุกรายการ

การประเมินผล

- ประเมินจากแบบทดสอบก่อนและหลังการให้ความรู้โดยมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐๐ ของจำนวนอสม.ทั้งหมด
- เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการโดยอสม.ร้อยละ ๗๐ ของเด็กทั้งหมด
- ประเมินความรู้หลังการอบรมผู้ปกครองเด็กอายุ ๐-๕ ปี โดยมีความรู้มากกว่าร้อยละ ๖๕ ของคะแนนทั้งหมด

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องโภชนาการและมีทักษะการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปีในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบ้านควนตามมาตรฐาน
- ผู้ปกครองเด็กมีความรู้เรื่องโภชนาการและมีทักษะการประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก

ลงชื่อ.....ผู้เขียนโครงการ
(นางสาวโสภิตรา นารีเปน)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
(นางรีนา โต๊ะเจ๊ะ)
ผอ.รพ.สต.ตำบลบ้านควน

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
(นายสมพงษ์ โต๊ะเอียด)
เลขานุการ คณะกรรมการบริหารกองทุน
หลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
(นายกุดานัน หลังจิ)
ประธานคณะกรรมการบริหาร
กองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน

กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
โครงการโครงการเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุ ๐-๕ ปี
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบ้านควน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๐๘.๓๐ น. - ๐๙.๓๐ น.	ลงทะเบียนและ Pretest
๐๙.๓๐ น. - ๑๐.๐๐ น.	อบรมให้ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็ก
๑๐.๐๐ น. - ๑๐.๓๐ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๐.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น.	อบรมให้ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็ก (ต่อ)
๑๒.๐๐ น. - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหาร
๑๓.๐๐ น. - ๑๕.๐๐ น.	ฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะโภชนาการและตรวจพัฒนาการเด็ก
๑๕.๐๐ น. - ๑๕.๓๐ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๕.๓๐ น. - ๑๖.๐๐ น.	การลงบันทึกโภชนาการและพัฒนาการเด็ก
๑๖.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.	สรุปประเด็นสำคัญการประชุมและ Post-test

หมายเหตุ กำหนดการประชุมอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

กำหนดการอบรมผู้ปกครองเด็กอายุ ๐-๕ ปีที่เสี่ยงหรือมีภาวะทุพโภชนาการ
โครงการโครงการเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุ ๐-๕ ปี
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบ้านควน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

๐๘.๓๐ น. - ๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียน
๐๙.๐๐ น. - ๑๐.๐๐ น.	อบรมให้ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็ก
๑๐.๑๕ น. - ๑๐.๓๐ น.	พัก
๑๐.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น.	ฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะโภชนาการ/ตรวจพัฒนาการเด็กและ การลงบันทึก

หมายเหตุ กำหนดการประชุมอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ตามมติการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน
ครั้งที่ ๒ / ๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๐ ผลการพิจารณาโครงการ ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุน “โครงการเฝ้าระวังภาวะทโพชนาการในเด็กอายุ ๐ -๕ ปี
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๑๓,๖๔๕.๐๐ บาท

เพราะ โครงการดังกล่าวจัดอยู่ในประเภทที่ ๑ สนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน
สาธารณสุข

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่

.....๓๐ กันยายน ๒๕๖๐.....

ลงชื่อ

(นายภูตานัน หลังจิ)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน

วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๐

**บันทึกข้อตกลง****การขอรับเงินอุดหนุนจาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน**

เขียนที่ ที่ทำการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน
๒๕๖ หมู่ที่ ๕ ตำบลบ้านควน
อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล

วันที่ ๑๕ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควน ๑ โดย นางริษา โต๊ะเจ๊ะ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควน ๑ ในฐานะผู้รับผิดชอบ โครงการเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า "ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม" ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน โดย นายภูดำนัน หลังจิ ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน ซึ่งต่อไปในบันทึก เรียกว่า "ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม" อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑ รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมในบันทึก ซึ่งต่อไปเรียกว่า โครงการ/กิจกรรม ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน ได้ให้เงินอุดหนุนจำนวนทั้งสิ้น ๑๓,๖๒๕.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควนและหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกประการ

ข้อ ๒ การจ่ายเงิน ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม จะจ่ายเงินให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยมีการจ่ายให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ดังนี้

ก.จ่ายงวดเดียวทั้งโครงการ/กิจกรรม เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๓,๖๒๕.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน)

ข.จ่ายเป็นงวด ดังนี้

งวดที่ ๑ จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ..... เป็นเงิน.....บาท (.....)

งวดที่ ๒ จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ..... เป็นเงิน.....บาท (.....)

งวดสุดท้าย จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงินบาท (.....)

กรณีผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงานราชการ หน่วยงานนั้นต้องออกใบเสร็จรับเงินของหน่วยงานให้กับกองทุนเพื่อเป็นหลักฐานในการรับเงิน กรณีผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงาน กลุ่มองค์กรภาคเอกชน หรือภาคประชาชน ให้ผู้แทนหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรภาคเอกชน หรือภาคประชาชน นั้น ลงนามในใบสำคัญรับเงินที่กองทุนจัดทำขึ้น จำนวน ๒ คน และให้แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับเงินแนบใบสำคัญ

...../ข้อ ๓ ผู้รับผิดชอบโครงการ

ข้อ ๓ ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมต้องนำเงินที่ได้รับไปดำเนินการตามกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการอนุมัติไป หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมไม่ดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติไป เว้นแต่การไม่ดำเนินการนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหาย หรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

๑. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
๒. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
๓. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
๔. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานดังกล่าว ให้คืนเงินที่เหลือให้กองทุนเพื่อดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนแก่โครงการหรือกิจกรรมอื่น ๆ ต่อไป
๕. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนกำหนด รวมทั้งเอกสารอื่น ๆ ที่คณะกรรมการกำหนด

กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุน ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการหนึ่งฉบับ ผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม (ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม
 (นางรีนา โต๊ะเจ๊ะ) (นางสาวโสภิตรา นารีเพน)
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านควน ๑ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม
 (นายภูตานันท์ หลังจิก)

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควน

ลงชื่อ).....พยาน
 (นางสาวซาริณา อาหลัง)
 กรรมการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....พยาน
 (นางสุพิชชา หมาตสกุล)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ