

ส่วนที่ 3 :แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ชื่อโครงการ โครงการพัฒนางานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

3.1 ผลการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ผลการประเมิน
1. เพื่อปรับปรุงพัฒนาระบบบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี ให้ได้มาตรฐาน	-ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกสุขภาพเด็กดี ร้อยละ 80	-ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกสุขภาพเด็กดี ร้อยละ 87.22
2. เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการ และด้านทันตสาธารณสุขแก่เด็ก ๐-๕ ปี ในคลินิกสุขภาพเด็กดีทุกคน	-เด็ก 0-5 ปี มีโภชนาการสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ร้อยละ 51 -เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80 -เด็ก 0-2 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ ร้อยละ 60	-เด็ก 0-5 ปี มีโภชนาการสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ร้อยละ 52.24 -เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 97.56 -เด็ก 0-2 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ ร้อยละ 73.33
3. เพื่อให้แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ความสามารถในการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ และแปลผลได้อย่างถูกต้อง	-แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในคลินิกสุขภาพเด็กดี	-แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมทุกครั้งในคลินิกสุขภาพเด็กดี

ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์
- บรรลุตามวัตถุประสงค์บางข้อ
- ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เนื่องจาก

.....

.....

.....

3.2 สิ่งที่ได้เรียนรู้ / สิ่งประทับใจ

- ได้รับการพัฒนาระบบการดำเนินงานในคลินิกสุขภาพเด็กดี เพื่อให้การดำเนินงานต่างๆมีความรวดเร็ว ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
- มีแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขมาช่วยดำเนินกิจกรรมในคลินิกสุขภาพเด็กดีทุกครั้งที่มีคลินิก โดยไม่มีค่าตอบแทนใดๆ

3.4 การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ14,250..... บาท
 งบประมาณเบิกจ่ายจริง14,250..... บาท คิดเป็นร้อยละ100.....
 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ0..... บาท คิดเป็นร้อยละ0.....

กิจกรรม	ผลลัพธ์		
	งบประมาณที่กำหนด (1)	งบที่ใช้จริง (2)	ร้อยละ (2)X100 (1)
จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี	9,000	9,000	100
จัดทำป้ายให้ความรู้ในคลินิกสุขภาพเด็กดี	4,000	4,000	100
จัดประชุมให้ความรู้เรื่องการประเมินโภชนาการเด็กแก่แกนนำ อสม. จำนวน 10 คน	1,250	1,250	100
รวม	14,250	14,250	100

3.5 ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ลงชื่อ เบญจมาภรณ์ ผู้รายงาน

(.....นางเบญจมาภรณ์ หลีเส้น.....)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่-เดือน-พ.ศ.25 กันยายน 2560....