

ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการ  
ดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการฟันสวย ยิ้มสดใส ซึ่งแรกเริ่มที่พ่อแม่ ปีงบประมาณ 2560

1. ผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานโครงการฟันสวย ยิ้มสดใส ซึ่งแรกเริ่มที่พ่อแม่ ปีงบประมาณ 2560 เพื่อกระตุ้น  
ความสนใจของเด็กให้หันมาสนใจและให้ความรู้ทันตสุขภาพและสุขภาพช่องปากมากขึ้น  
โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพให้เด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครองให้มีทักษะความรู้เรื่องทันตสุขภาพ
2. ผู้ปกครองสามารถนำมาความรู้ที่ได้รับมาใช้ในชีวิตประจำวันได้
3. อสม.มีทักษะความรู้เรื่องทันตสุขภาพ และสามารถขยายผลไปยังผู้อื่นในชุมชนได้

กลุ่มที่ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากมีความเข้าใจ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปดูแล  
สุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยสังเกตจากการสอบถามและการปฏิบัติกิจกรรมของ  
ผู้เข้าร่วมกิจกรรมโครงการ เช่น มีสถิติวิธีการแปรงฟัน จากการสังเกตวิธีการแปรงฟัน และตรวจฟันหลังกิจกรรม  
โดยทันตบุคลากร พบว่าผู้ร่วมกิจกรรมมีการแปรงฟันที่สะอาดและถูกวิธี อีกทั้งยังให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพช่อง  
ปาก ซึ่งจะเห็นได้จากการซักถาม ทบทวนความเข้าใจในขณะที่ทันตบุคลากรให้ความรู้และการเข้าร่วมกิจกรรมการ  
ประกวดหนูน้อยฟันดี เป็นการพัฒนารูปแบบดำเนินงาน/ระบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อสุขภาพและ  
คุณภาพชีวิตของเด็ก และในกลุ่มผู้ปกครองหลังจากที่ได้ให้ความรู้ในทางทฤษฎีแล้ว ก็มีการฝึกปฏิบัติเพื่อเสริม  
ทักษะในการควบคุมจุลินทรีย์ ผลการปฏิบัติกิจกรรมจากการสังเกตและตรวจฟันหลังกิจกรรมโดยทันตบุคลากร  
พบว่าผู้ร่วมกิจกรรมมีการแปรงฟันที่สะอาดและถูกวิธี สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้  
รวมถึงการดูแลบุตรเกี่ยวกับการเช็ดทำความสะอาดช่องปากและการให้โภชนาการที่ถูกต้อง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติ  
ได้อย่างถูกต้องในชีวิตจริง

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด *กลุ่มแม่เฒ่ามาบ 100 คน*

- บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
- ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	.....21,400.....	บาท	
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	.....21,400.....	บาท	คิดเป็นร้อยละ .....100.....
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ	.....	บาท	คิดเป็นร้อยละ .....

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี


มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

.....  
.....  
.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

.....  
.....  
.....

ลงชื่อ .....  ..... ผู้รายงาน

( นายสรพงษ์ ชัยเจริญ )

ตำแหน่ง ..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำไฉ

วันที่-เดือน-พ.ศ. .... 30 พฤษภาคม 2560



## ภาพกิจกรรม



วิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลามาให้ความรู้หลักในการแปรงฟันที่ถูกต้อง



คุณแม่สาธิตในการแปรงฟันให้กับลูก



## ภาพกิจกรรม



อสม. ฝึกปฏิบัติการแปร่งฟันที่ถูกต้องวิธี





ร่วมถ่ายภาพที่ระลึก

