

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อ  
เสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

....โครงการรณรงค์ ป้องกันโรคไข้เลือดออก หมู่ที่ ๑ - ๔ และหมู่ที่ ๘ ตำบลคชงูญ ประจำปี  
งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑.....

**๑. ผลการดำเนินงาน**

๑. จัดประชุมตัวแทนเพื่อระดมความคิดเห็นผู้เกี่ยวข้องได้แก่ อสม., ครู, นายก อบต. คชงูญ,  
สมาชิก อบต. คชงูญ, ผู้นำศาสนาของทุกหมู่บ้าน, แกนนำหมู่บ้าน, กลุ่มสตรี และปลัดตำบลคชงูญ  
มาร่วมรับรู้ปัญหาพร้อมกัน ร่วมวางแผนกิจกรรม ร่วมปฏิบัติและประเมินผล

๒. จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.คชงูญ

๓. จัดกิจกรรมรณรงค์คว่ำกะลา กระป๋อง ภาชนะแตกหักที่อาจกักเก็บน้ำได้ควรได้รับการกำจัดทุก  
วันศุกร์ของสัปดาห์ในหมู่บ้านและโรงเรียนเป้าหมาย เช่น

- โองน้ำ ใช้วิธีปิดฝาให้มิดชิด
- อ่างบัว ใช้วิธีใส่ปลากินลูกน้ำ
- ยางรถยนต์เก่า ใช้วิธีปักปิด หรือตัดแปลงให้น้ำขังไม่ได้
- แจกัน ใช้วิธีเปลี่ยนน้ำทุก ๗ วัน
- งานรองกระถางต้นไม้ ใช้วิธีใส่ทรายธรรมชาติให้ลึก ๓ ใน ๔ ส่วนของจาน
- งานรองชาตู้กับข้าว ใช้วิธีเติมน้ำเดือดทุก ๗ วัน

๔. จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ การป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้รถประชาสัมพันธ์หอกระจายข่าว  
ประจำหมู่บ้านและมีสื่อ

๕. จัดกิจกรรมรณรงค์ โดยเน้นความร่วมมือของชุมชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุก  
ศุกร์ของสัปดาห์

๖. กิจกรรมพัฒนาศักยภาพคน ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำศาสนา เพื่อสร้างองค์กรชุมชน  
ให้เข้มแข็ง มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน โดยการอบรมแบบมีส่วนร่วมใน  
กลุ่ม อสม., แกนนำชุมชน และผู้นำศาสนา

๗. จัดอบรมให้ความรู้โรคไข้เลือดออกให้แก่แกนนำนักเรียน

๘. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับอสม. ก่อนออกปฏิบัติในพื้นที่เพื่อรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออกให้แก่  
ประชาชน

๙. กิจกรรมทำลายยุงตัวแก่โดยการพ่นหมอกควันหรือละอองฝอยในชุมชนในเขตรับผิดชอบ

**๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ .....

**๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .....๒๔,๐๐๐..... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง .....๒๔,๐๐๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.....

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

/๔. ปัญหา/อุปสรรค...

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....ไม่มี.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....ไม่มี.....

ลงชื่อ .....  ..... ผู้รายงาน

(นางฮาสเม็ะ อามิ่ง)  
ผู้อำนวยการ รพ.สต.คูขงญอ  
๒๘ กันยายน ๒๕๖๑