

# แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการ

“โครงการแก้ไขปัญหาภาวะชืดในหญิงตั้งครรภ์”

โดย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสายตาเอียด

ตำบลตลิ่งชัน อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

สนับสนุนจาก

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลตลิ่งชัน

อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

ปีงบประมาณ 2565

ส่วนที่ 3 :แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)  
ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม...โครงการแก้ไขปัญหาลูกในหญิงตั้งครรภ์.....

1. ผลการดำเนินงาน

- อบรมให้ความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางแก่หญิงตั้งครรภ์ และญาติ
- อสม.ได้ลงพื้นที่เพื่อติดตามการทานยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

- บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
- ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ..... 13,600.....บาท  
งบประมาณเบิกจ่ายจริง ..... 13,600.....บาท คิดเป็นร้อยละ .....100.....  
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ .....บาท คิดเป็นร้อยละ .....

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

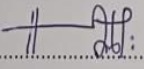
- ไม่มี
- มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

.....  
.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

- จัดทำตารางการปฏิบัติงานลงพื้นที่ ให้ชัดเจน ครอบคลุมระยะเวลาตามที่กำหนดในโครงการ

ลงชื่อ..... .....ผู้รายงาน

(...นางสาวแวชอปีเราะ.....เจะมิง.....)

ตำแหน่ง.....เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน.....

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....กันยายน...2565.....

**สรุปผลการดำเนินงาน**  
**โครงการแก้ไขปัญหภาวะชืดในหญิงตั้งครรภ์**

1.ชื่อโครงการ: โครงการ “แก้ไขปัญหภาวะชืดในหญิงตั้งครรภ์”

2.หน่วยงานที่รับผิดชอบ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสายตาเอียด ตำบลลี้ชัง อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

3.ผู้รับผิดชอบโครงการ: นางสาวแวชอปีเราะ เจ๊ะมิง ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ชำนาญงาน

4.หน่วยงานที่มีบทบาทร่วมดำเนินงาน:

4.1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบันนังสตา

4.2 องค์การบริหารส่วนตำบลลี้ชัง

5.งบประมาณ/ค่าใช้จ่าย

5.1 งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลี้ชัง ปี 2564 จำนวน 13,600 บาท (หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดการใช้จ่าย ดังนี้

1.ค่าอาหารกลางวัน กิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ และญาติ

จำนวน 60 คน x 50 บาท x 1 มื้อ = 3,000 บาท

2.ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม กิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ และญาติ

จำนวน 60 คน x 25 บาท x 2 มื้อ = 3,000 บาท

3.ค่าวิทยากรในการจัดอบรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ และญาติ

จำนวน จำนวน 1 คน x 2 ชั่วโมง x 300 บาท = 600 บาท

4.ค่าจ้างทำป้ายไวนิลรณรงค์โครงการ ขนาด 1.5x3 เมตร

จำนวน 1 ผืน x 1,000 บาท = 1,000 บาท

5.ค่าจ้างทำป้ายไวนิลประชาสัมพันธ์ให้ความรู้

จำนวน 3 ผืน x 1,000 บาท = 3,000 บาท

6.ค่าจัดจ้างทำเอกสารจัดอบรม

จำนวน 60 ชุด x 50 บาท = 3,000 บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 13,600 บาท (หนึ่งหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน)

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายสามารถถัวเฉลี่ยได้ตามที่จ่ายจริง

6.กลุ่มเป้าหมาย

-พื้นที่รับผิดชอบ 3 หมู่บ้าน ม.5, ม.7 และ ม.12 ต.ลี้ชัง อ.บันนังสตา จ.ยะลา

1.หญิงตั้งครรภ์ และญาติ จำนวน 60 คน

3.ตัวแทน อสม.ที่ติดตามการทานยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงที่มีภาวะชืด จำนวน 3 คน

7.วิธีดำเนินการ

1.เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ

2.ประชุมคณะทำงาน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทน อสม./ประชาชน และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อชี้แจงโครงการ

- 4.อบรมให้ความรู้ในเรื่องภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ และญาติ
- 5.ตัวแทน อสม.ของแต่ละหมู่ รวม 3 คน ลงพื้นที่ติดตามการทานยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด โดยอสม.ลงติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- 6.สรุปผลการดำเนินงาน

#### ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดได้รับการทานเสริมธาตุเหล็กครบทุกวัน
2. ลดอัตราซีดในหญิงตั้งครรภ์

#### ระยะเวลาดำเนินงาน

เดือน มิถุนายน 2565 – กันยายน 2565

#### การประเมินผล

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดได้รับการทานเสริมธาตุเหล็กครบทุกวัน และเมื่อเจาะเลือดซ้ำผลการตรวจซีด มีค่า Hct มากกว่าหรือเท่ากับ 33 % (อัตราซีดในหญิงตั้งครรภ์ไม่เกินร้อยละ 14)

1.เปรียบเทียบค่าซีด (Hct) ก่อนการติดตามการทานยาเสริมธาตุเหล็ก และหลังการทานยาเสริมธาตุเหล็กทุกวัน (อัตราซีดในหญิงตั้งครรภ์ไม่เกินร้อยละ 14)

ผลซีด (Hct) ก่อนการทานยาเสริมธาตุเหล็ก (ร้อยละ)	ผลซีด (Hct) หลังการติดตามการทานยาเสริมธาตุเหล็กโดย อสม.สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ร้อยละ)
ร้อยละ 43.37	ร้อยละ 0 (ไม่มีภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์)

#### ผลการดำเนินงาน

- อบรมให้ความรู้ในเรื่องภาวะในหญิงตั้งครรภ์ ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ และญาติ
- ตัวแทน อสม.ของแต่ละหมู่ รวม 3 คน ลงพื้นที่ติดตามการทานยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด โดยอสม.ลงติดตามการทานยาเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

#### ผลที่ได้จากการดำเนินงาน

1. หญิงตั้งครรภ์ และญาติเห็นความสำคัญในเรื่องภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์
2. หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการทานยาเสริมธาตุเหล็ก
3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดได้รับการติดตามการทานยาเสริมธาตุเหล็กโดย อสม.
4. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดได้รับตรวจซีดซ้ำ และผลซีด (Hct) มีค่าปกติ (Hct ปกติ)

## ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

### ข้อเสนอแนะ

1. หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการทานยาเสริมธาตุเหล็กก่อนการตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน
2. มอบหมายให้อสม. ที่มีหญิงตั้งครรภ์ในเขตที่รับผิดชอบ ติดตามการทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างเคร่งครัด เพื่อไม่ให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีดในระหว่างการตั้งครรภ์

ลงนาม.....  .....

(นางสาวแวชอปีเราะ เจะมิง)

ผู้รับผิดชอบโครงการ

# ใบสำคัญรับเงิน

บค. 48/๕๕๕

## สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสายตาเอียด

โครงการ/ หลักสูตร.....โครงการแก้ไขปัญหามะเร็งชนิดในหญิงตั้งครรรภ์.....

วันที่ ๒๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๕๕๕๕

ข้าพเจ้า.....นางสาว..... ตำแหน่ง..... นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดยะลา

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสายตาเอียด ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าวิทยากรโครงการแก้ไขปัญหามะเร็งชนิดในหญิงตั้งครรรภ์ (1 คน x 2 ชม. x 300 บาท)	เป็นเงิน 600
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	600 -

(ตัวอักษร) จำนวนเงิน.....หกร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ ผู้รับเงิน

(นางสาว.....)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

จ่ายแล้ว

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวแวชอปีเราะ เจะมิง)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

นางสาวแวช่าป๊ะ: เลข 219  
 209 ม.1 ต. บางช้าง  
 อ. บ้านฉาง จ. ชะบอง

**บิลเงินสด**  
**CASH SALES**

เลขที่ BILL NO. 15  
 เล่มที่ BOOK NO. 1  
 เลขประจำตัวประชาชน IDENTIFICATION NO. 1050000000000000000  
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี TAX IDENTIFICATION NO.

วันที่ DATE: \_\_\_\_\_  
 นามลูกค้า CUSTOMER: อ. บ้านฉาง จ. ชะบอง  
 ที่อยู่ ADDRESS: 209/3 ม.1 ต. บางช้าง  
 อ. บ้านฉาง จ. ชะบอง

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	สต./Stg.
60	คอกทรายขาว	50	3,000	-
120	คอกทรายขาว	25	3,000	-
๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕				
			รวมเงิน TOTAL	6,000

ผู้รับเงิน RECEIVED BY: นางสาวแวช่าป๊ะ  
 ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ

ข้าพเจ้านางสาวแวช่าป๊ะ ใจดี ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน ได้ตรงจ่าย  
 การบริการอบรมโครงการแก้ไขปัญหภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ใน  
 ที่แม่ไว้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว





ดี แอนด์ ดี เซอร์วิส  
 68 ม.4 ต.บาไยชัยเน อ.ยะหา จ.ยะลา 95000  
 เลขที่ผู้เสียภาษีอากร 3 9505 00320 48 5

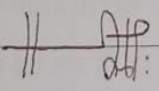
บิลเงินสด  
 CASH SALES

เล่มที่ BOOK NO. 46  
 เลขที่ BILL NO. 1  
 วันที่ DATE: 30, 9, 65

นามลูกค้า CUSTOMER: สห.วิวัฒน์เกษตร ๕๕๑

ที่อยู่ ADDRESS: ๓. ๓๗๖๗ น. อ. นพ.วิเทศ

เลขประจำตัวประชาชน / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT		
			บาท/Baht	สต./Sing	
-	โต๊ะรับประทานอาหาร ๒๐๐๑ ตัวที่ 43 เลขที่ ๒4 เหนือที่แยกบวชยะลา	-	3000	-	
<b>จ่ายแล้ว</b>					
// 					
(นางสาวแวชอมีเราะ เจะมี)					
จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน					
ทำหน้าที่เจ้าหน้าที่การเงิน					
30 กย. 2565					
ส.วิวัฒน์เกษตร			รวมเงิน TOTAL	3000	-

ผู้รับเงิน RECEIVED BY: สุทธิรัตน์ ๓๖๖

ขอรับเงินที่ความชอบคุณ

Elephant Brand

ดี แอนต์ ดี เซอร์วิส  
 68 ม.4 ต.บางโพงฉิม อ.ธนะชา จ.ยะลา 95120  
 เลขที่ผู้เสียภาษีอากร 3 9505 00320 48 5

**ใบส่งของ**  
**DELIVERY BILL**

เลขที่ BILL NO. 25

ทะเบียนการค้า COMMERCIAL REGISTRATION ..... วันที่ 21 / 9 / 67 DATE : .....

เล่มที่ BOOK NO. 43

นามลูกค้า CUSTOMER: รพ.ศจ. บ้านนาข๑๓๑

เลขประจำตัวประชาชน : IDENTIFICATION NO.

ที่อยู่ ADDRESS : ๓.๓ ลีวงศ์ ๐.ป.น.น.น.

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร : TAX IDENTIFICATION NO.

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	สต./Stg.
1 ชิ้น	บัวใบนิล ขนาด 1x3 ม.	1,000	1,000	-
3 ชิ้น	บัวใบนิล ป.ร. ฐานสี่เหลี่ยม ไม้ค้ำสูง ขนาด 1.7 x 1.7 ม.	1,000	3,000	-

รวมเงิน TOTAL 4,000

หมายเหตุ : โปรดตรวจรับสินค้าตามรายการข้างต้นให้ถูกต้องก่อนเซ็นรับสินค้า ละเห็นทางบริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบทุกประการ  
 เมื่อท่านชำระเงินเรียบร้อยแล้ว จะออกใบเสร็จรับเงินถูกต้องตามกฎหมาย

ผู้รับของ RECEIVED BY : [Signature]

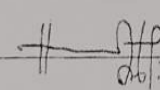
ผู้ส่งของ DELIVERED BY : [Signature]

ดี แลนด์ ดี เซอวิส  
 68 ม.4 ต.บ้านไร่ อ.เมือง จ.นครราชสีมา 95000  
 เลขที่ผู้เสียภาษีอากร 3 9505 00320 48 5

**บิลเงินสด**  
**CASH SALES**

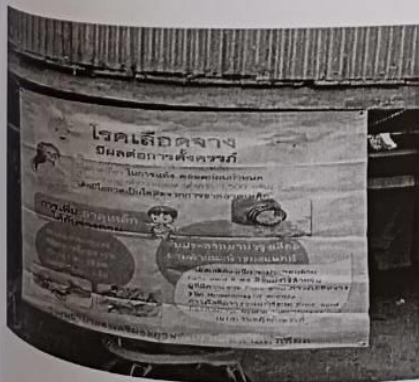
เล่มที่ 45  
 BOOK NO. ....  
 เลขที่ 30  
 BILL NO. ....  
 วันที่ 30 / 9 / 65  
 DATE : .....

นามลูกค้า: รพ. มานวิทย์ตา  
 CUSTOMER: .....  
 ที่อยู่: ต.บ้านไร่ อ.เมือง จ.นครราชสีมา  
 ADDRESS : .....  
 เลขประจำตัวประชาชน / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร

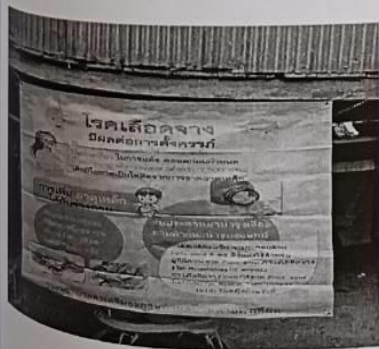
จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	สต./Sig.
-	ได้รับชำระหนี้จากใบสั่ง 4000 บาท	-	4000	-
	40 บาท 25 บาท รวม 65 บาท			
<b>จ่ายแล้ว</b>				
 นางสาวนพวิมลรัตน์ จะมณี อพ.สาร เจริญสุขภัณฑ์ เลขที่ 30 หมู่ 1 ต.บ้านไร่ อ.เมือง จ.นครราชสีมา				
	30 กอ. 2565			
รับเงินครบถ้วน		รวมเงิน TOTAL	4000	-

ผู้รับเงิน RECEIVED BY : ..... ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ

2. กิจกรรมติดตามการทานยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด โดย อสม. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง



2. กิจกรรมติดตามการทานยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด โดย อสม. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง



1.กิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องภาวะชีดในหญิงตั้งครรภ์ แก่หญิงตั้งครรภ์ และญาติ  
โครงการแก้ไขปัญหภาวะชีดในหญิงตั้งครรภ์

