

แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในพื้นที่ตำบลร่มไทร อำเภอสุคริวัน จังหวัดนราธิวาส ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑. ผลการดำเนินงาน

ได้มีการดำเนินงานตามกิจกรรมโครงการ ดังนี้

๑.๑ กิจกรรมรณรงค์ขับเคลื่อนให้ประชาชนเห็นความสำคัญของพิษจากบุหรี่

การดำเนินงาน : ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องพิษภัยจากบุหรี่แก่ประชาชน ตามช่องทางต่าง ๆ ดังนี้ เฟสบุ๊คเพจ อบต.ร่มไทร ป้ายไวนิล แผ่นพับ และเสียงตามสาย

๑.๒ กิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่นักเรียนเรื่อง บุหรี่และสารเสพติด และถอดบทเรียนเรื่องภัยจากการสูบบุหรี่

การดำเนินงาน : มีการอบรมให้ความรู้เรื่องบุหรี่และสารเสพติด และให้นักเรียนได้ร่วมถอดบทเรียนเรื่องภัยจากการสูบบุหรี่ เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดสู่ชุมชนต่อไป โดยมีกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการทั้งหมด ๖๐ คน

วัตถุประสงค์ข้อที่ ๑ เพื่อสร้างความตระหนักแก่ประชาชนเกี่ยวกับภัยจากการสูบบุหรี่

วัตถุประสงค์ข้อที่ ๒ เพื่อรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ ในพื้นที่ตำบลร่มไทร ๕ หมู่บ้าน

วัตถุประสงค์ข้อที่ ๓ เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภัยจากการสูบบุหรี่และสารเสพติดอื่น ๆ

ตัวชี้วัด

๑. นักเรียนกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ ๑๐๐

ผลการดำเนินงาน จากการลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ พบว่า มีนักเรียนโรงเรียนบ้านร่วมใจ และเจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๖๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

สรุป ผ่านตัวชี้วัด

๒. นักเรียนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ในเรื่องของโทษภัยจากบุหรี่และสารเสพติดอื่น ๆ และสามารถนำไปถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน

ผลการดำเนินงาน กิจกรรมให้ความรู้ได้ดำเนินการเสร็จสิ้น เป็นไปตามวัตถุประสงค์และตามระยะเวลาที่กำหนด จากการสุ่มประเมินพบว่า นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องดังกล่าวฯ ร้อยละ ๘๖

สรุป ผ่านตัวชี้วัด

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ.....

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ๑๐,๒๙๐..... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง๑๐,๒๙๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ.....๑๐๐.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ๐..... .. บาท คิดเป็นร้อยละ.....๐.....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค.....

แนวทางการแก้ไข.....

ลงชื่อ..... ผู้รายงาน

(นางสาวฮามีชะห์ อาแว)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖