

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อสิ้น การดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยสเปรย์ไล่ยุงสมุนไพรตะไคร้หอมในชุมชน หมู่ที่ ๕

๑. ผลการดำเนินงาน

กิจกรรมฝึกอบรมการทำสเปรย์ไล่ยุงสมุนไพรตะไคร้หอมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก

- ได้จัดกิจกรรมฝึกอบรมการทำสเปรย์ไล่ยุงสมุนไพรตะไคร้หอมเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านผัง ๕๐ โดยได้ประสานวิทยากรจากโรงพยาบาลมะนัง โดยมีแกนนำสุขภาพชุมชน หมู่ที่ ๕ และเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านวังพระเคียน รวมจำนวน ๕๕ คน จากการจัด กิจกรรมทำให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก วิธีการป้องกันและควบคุมการ แพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก และมีความรู้ในการทำสเปรย์สมุนไพรไล่ยุงสมุนไพรตะไคร้หอม ทำให้ ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งสเปรย์สมุนไพรไล่ยุงสมุนไพร ตะไคร้หอม สามารถนำไปใช้ในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้

กิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

- คณะกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ ๕ ได้จัดกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในชุมชน โดยจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกแก่ครัวเรือนในพื้นที่ หมู่ที่ ๕ โดย อสม. หมู่ที่ ๕ ที่รับผิดชอบแต่ละครัวเรือนในเขตพื้นที่ หมู่ที่ ๕ เป็นผู้ลงพื้นที่ดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงลายและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง พร้อมทั้งให้สเปรย์ไล่ยุงสมุนไพร ตะไคร้หอมที่ได้จัดทำขึ้นแก่ครัวเรือนในชุมชน หมู่ที่ ๕ เพื่อให้สมาชิกในครัวเรือนได้นำไปใช้ในการป้องกัน ยุงกัด และได้ส่งเสริมให้แต่ละครัวเรือนดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านให้เหมาะสมไม่ให้ เป็น แหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรค

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ เพราะ

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมในแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ๓๑๕ คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	๒๓,๓๐๓.- บาท	
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	๒๓,๓๐๓.- บาท	คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ	- บาท	คิดเป็น ร้อยละ -

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

.....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

.....

.....

ลงชื่อ..... .....ผู้รายงาน

(นายแดง ศิริสม)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ ๕

วันที่/ เดือน/ พ.ศ. ๒๐ พ.ย. ๒๕๖๑