

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม “ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยปูนแดงตะไคร้หอมสมุนไพรกำจัดลูกน้ำยุงลาย หมู่ที่ ๖ บ้านหน้าเมือง”

๑. ผลการดำเนินงาน

..โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยปูนแดงตะไคร้หอมสมุนไพรกำจัดลูกน้ำยุงลาย หมู่ที่ ๖ บ้านหน้าเมือง ได้จัดกิจกรรมดังนี้

๑. ประชุมชี้แจง อสม.หมู่ที่ ๖ บ้านหน้าเมือง เรื่องการดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยปูนแดงตะไคร้หอมสมุนไพรกำจัดลูกน้ำยุงลาย หมู่ที่ ๖ บ้านหน้าเมือง จัดกิจกรรมวันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๔
๒. จัดอบรมให้ความรู้และหาแนวทางในการควบคุมโรคไข้เลือดออก และการทำสมุนไพรกำจัดลูกน้ำมาใช้ในชุมชน เพื่อให้สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ของชุมชนได้ จัดกิจกรรมวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๔
๓. ประชุม อสม.เพื่อวางแผนการดำเนินการประชาสัมพันธ์และรณรงค์การป้องกันโรคไข้เลือดออกและการใช้สมุนไพรกำจัดลูกน้ำในชุมชน ๆ ละ ๑ ครั้ง จำนวน ๓ ชุมชน คือ ชุมชนมิตรสัมพันธ์ ชุมชนสนามบิน ชุมชนบ้านหน้าเมือง จัดกิจกรรมวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔
๔. กิจกรรมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์และรณรงค์การใช้สมุนไพรกำจัดลูกน้ำยุงลายในชุมชน จัดกิจกรรมวันที่ ๓-๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ซึ่งจากการสำรวจลูกน้ำยุงลายในพื้นที่หมู่ที่ ๖ บ้านหน้าเมือง พบว่า ค่า HI ในชุมชน ๐.๔๐ ค่า CI ในชุมชน ๐.๐๖
 - ค่า CI ในโรงเรียนสตรีวิทยา ๒๖.๖๗
 - ค่า CI ในโรงเรียนสุริยารักษ์ศึกษา ๖๕.๒๒
 - ค่า CI ในโรงเรียนวัดหน้าเมือง ๒๓.๖๙

ซึ่งการนำพืชสมุนไพรมาประยุกต์ใช้ในการทำสมุนไพรกำจัดลูกน้ำยังส่งผลดีต่อผู้บริโภคและเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิม ข้อดีคือสามารถกำจัดลูกน้ำได้ และที่สำคัญทำมาจากสมุนไพรธรรมชาติ ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและเป็นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่หมู่ที่ ๖ บ้านหน้าเมือง โดยการสร้างความเข้าใจตระหนักให้มีความสำคัญ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในชุมชนอย่างจริงจัง นำไปสู่การป้องกันโรคได้

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

- บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
- ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ๑๑,๗๗๐..... บาท
 งบประมาณเบิกจ่ายจริง๑๑,๗๗๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๑๐๐.....
 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๐.....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

 ไม่มี มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ลงชื่อ พรพรรณรัตน์ พันธุ์พงษ์ ผู้รายงาน

(นางสาวพรพรรณรัตน์ พันธุ์พงษ์)

ตำแหน่ง ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ ๖ บ้านหน้าเมือง

วันที่-เดือน-พ.ศ. 6 สิงหาคม 2564