

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

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเทศบาลเมือง
ลำพูน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ครั้งที่ ๑

๑. ผลการดำเนินงาน

จัดอบรมเพื่อให้ความรู้เรื่องสุขภาวะทางเพศ การมีทักษะในเรื่องเพศ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ให้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ - ๖ โรงเรียนในสังกัด
เทศบาลเมืองลำพูน จำนวน ๔ โรงเรียนตามตารางดังนี้

วันที่	โรงเรียน	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน
๒๒ มกราคม ๒๕๕๙	เทศบาลจามเทวี	ป.๕,ป.๖	๔๕
๒๕ มกราคม ๒๕๕๙	เทศบาลประตูลี้	ป.๕,ป.๖	๒๒๐
๒๗ มกราคม ๒๕๕๙	เทศบาลสันป่ายางหน่อม	ป.๕,ป.๖	๘๕
๒๙ มกราคม ๒๕๕๙	เทศบาลสันป่ายางหลวง	ป.๕,ป.๖	๗๐

วิทยากรรับเชิญโดยคุณมานพ ใจดิชะ และคุณศรีสังวาลย์ ปัญญาเป็ง เจ้าหน้าที่จากมูลนิธิรักไทย
เครือข่ายภาคเหนือ กล่าวเปิดโครงการฯ โดยผู้บริหารเทศบาลเมืองลำพูน

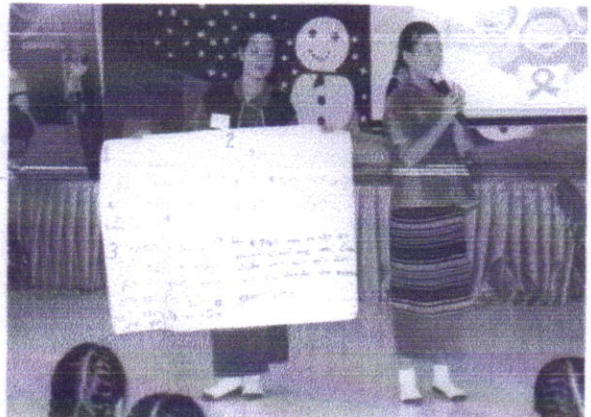
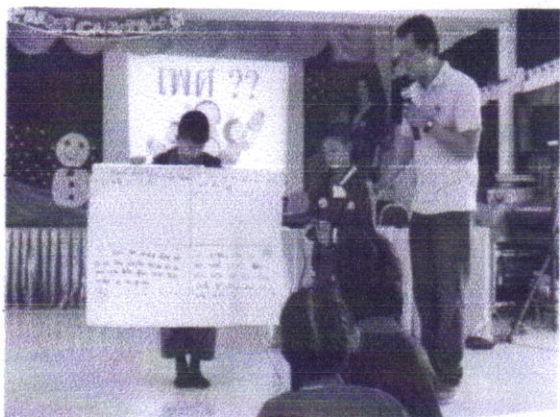


กิจกรรมประกอบไปด้วย

๑. กิจกรรมสนทนาการเชื่อมความสัมพันธ์และกระตุ้นการเรียนรู้



๒. กิจกรรมพูดเรื่องเพศ (ทัศนคติต่อเรื่องเพศศึกษารอบด้าน) ดำเนินงานในรูปแบบกิจกรรมระดมความคิดเห็นให้นักเรียนระดมความคิดเห็นในหัวข้อคำถามเรื่อง “เมื่อพูดถึงเรื่องเพศนักเรียนนึกถึงอะไร” แล้วออกมานำเสนอทีละกลุ่ม



ดูยงอนนมนยผุ้ชย



ดูยงอนนมนยผุ้หญง



๖.การดูแลสุขอนนมนย ดูแลความสะอาดร่างกายและจุดซ่อนเร้นของชยและหญง การใชผ้อนนมนยที่ถูกรวธ เมือเปนประจําเดือน



๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ตัวชี้วัดการบรรลุผลสัมฤทธิ์

๑. ผู้เข้ารับการอบรมสามารถตอบคำถามหลังการเข้าร่วมโครงการฯ ได้ร้อยละ ๘๐.๑๙ (ตามเกณฑ์ร้อยละ ๘๐)

๒. กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการอบรมร้อยละ ๑๐๐ ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ๔๒๐ คน (ตามเกณฑ์ร้อยละ ๘๐)

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม๔๓๐..... คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ๓๐,๑๕๐ บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ๓๐,๑๕๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๐

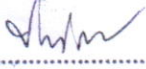
๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ลงชื่อ 

ผู้รายงาน

(.....นางประภัสสร เครือผิว.....)

ตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติการ.....

วันที่-เดือน-พ.ศ.๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙.....