

**โครงการขอรับเงินจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด**

**ประจำปีงบประมาณ ๒5๖๖**

**เรื่อง** ขอเสนอโครงการอบรมความรู้กิจกรรมบำบัดทางเลือกและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายสำหรับ

บุคคลออทิสติก

**เรียน** ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด

 ด้วย ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล มีความประสงค์จะจัดทำโครงการอบรมความรู้กิจกรรมบำบัดทางเลือกและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายสำหรับบุคคลออทิสติก ในปีงบประมาณ ๒๔๖๖ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด เป็นเงินทั้งสิ้น ๖๕,125 บาท (หกหมื่นห้าพันหนึ่งร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดโครงการ ดังนี้

**ส่วนที่ ๑ : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมลงรายละเอียด)**

**๑. หลักการและเหตุผล**

ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล จัดตั้งขึ้นโดยองค์กรภาคประชาชน ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล ในการส่งเสริมและช่วยเหลือผู้พิการและผู้ดูแลให้เข้าถึงสิทธิและให้ได้มาด้วยสิทธิอันพึงจะได้รับตามกฎหมาย ในทุกด้านรวมถึงการฟื้นฟูและพัฒนาสมรรถภาพผู้พิการตามศักยภาพและความสามารถของแต่ละบุคคล โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาเด็กพิการให้มีพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญาที่เหมาะสมกับวัย ความสามารถและความแตกต่างระหว่างบุคคล เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะเรียนรู้และสร้างรากฐานชีวิตให้พัฒนาเด็กไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ เป็นคนดี มีวินัย รวมถึงคุณภาพชีวิตของครอบครัวคนพิการและผู้ดูแลให้ดีขึ้น อยู่ร่วมสังคมอย่างปกติสุข

บุคคลออทิสติก เป็นผู้พิการที่มีลักษณะอาการของโรคออทิซึม มีความบกพร่องเกี่ยวกับระบบการทำงานที่ผิดปกติของสมอง รวมถึงระบบการรับรู้และกลไกการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ส่งผลให้มีปัญหาในด้านพฤติกรรม ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการสื่อสาร ธรรมชาติเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือมีท่าทางแปลกๆ ผ่านการเล่นและกิจกรรมต่างๆ ถือว่าการใช้น้ำ ทราย เป็นการรักษาทางเลือก ที่สามารถช่วยเหลือบุคคลออทิสติก ลดการพึ่งพาทางการแพทย์ ที่ต้องรับยาหรือใช้ยาในการควบคุมพฤติกรรมบุคคลออทิสติก ซึ่งการรับประทานยาประจำอาจส่งผลกระทบข้างเคียงจากการใช้ยารักษาได้ในระยะยาว ดังนั้น ศูนย์บริการคนพิการบุคคล ออทิสติกจังหวัดสตูล ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของเด็กพิเศษ จึงจัดทำ “โครงการอบรมความรู้กิจกรรมบำบัดทางเลือกและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายสำหรับบุคคลออทิสติก” ขึ้น เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ผู้ดูแล บุคคลออทิสติกและเด็กพิเศษ เกี่ยวกับการสัมผัสธรรมชาติ การจัดกิจกรรมผ่านการเล่นทราย เล่นน้ำ และจัดให้มีบ่อน้ำบ่อทรายเพื่อการจัดทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อการบำบัดแก้ไขพฤติกรรม และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย ระบบประสาทสัมผัสการรับรู้ข้อต่อและการทรงตัว ทำให้ผู้พิการมีพัฒนาการที่ขึ้นในทุกด้าน การรับรู้ของข้อต่อทำให้การเคลื่อนไหวซ้ำๆลดและหายไป การทรงตัวทำให้มีการประสานสัมพันธ์กันของการเคลื่อนไหวอวัยวะต่างๆในการทำงาน ทำให้บุคคลออทิสติกมีความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งต่างๆได้ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและทำงานต่างๆได้ด้วยตนเอง ลดภาระการดูแลช่วยเหลือของผู้ปกครองหรือผู้แล อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

**๒. วัตถุประสงค์**

|  |  |
| --- | --- |
| **วัตถุประสงค์** | **ตัวชี้วัดความสำเร็จ** |
| ๑.เพื่อให้ครู อาสาสมัคร ผู้ดูแลและคนพิการ ศึกษาเรียนรู้ธรรมชาติผ่านกิจกรรมเพื่อการบำบัด  | ครู อาสาสมัคร ผู้ดูแลและคนพิการ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ร่วมศึกษาเรียนรู้ธรรมชาติผ่านกิจกรรมเพื่อการบำบัด  |
| ๒.เพื่อให้ ครู อาสาสมัคร ผู้ดูแลและคนพิการมีความรู้เรื่อง การรักษาทางเลือกโดยธรรมชาติบำบัด | ครู อาสาสมัคร ผู้ดูแลและคนพิการคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ มีความรู้เรื่อง การรักษาทางเลือกโดยธรรมชาติบำบัด |
| ๓.เพื่อผู้พิการได้ใช้ บ่อน้ำ บ่อทราย บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง | ผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ มีพัฒนาการทางด้านร่างกายดีขึ้นตามแผนพัฒนาศักยภาพรายบุคคล |

**๓. กลุ่มเป้าหมาย**

 ครู อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่ จำนวน ๑๐ คน

ผู้พิการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล จำนวน ๒๐ คน

ผู้ดูแลผู้พิการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล จำนวน ๒๐ คน

**๔. วิธีดำเนินงาน กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย**

|  |  |
| --- | --- |
| **กิจกรรม** | **ระบุวัน/ช่วงเวลา** |
| ๑. ประชุมคณะกรรมการวางแผนการดำเนินงานและเตรียมความพร้อม | ๑-๓๐ มกราคม ๒๕๖6 |
| ๒. การดำเนินโครงการตามแผนการดำเนินงาน | ๑ มกราคม -๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ |
|  ๒.๑ การศึกษาเรียนรู้ธรรมชาติผ่านกิจกรรมเพื่อการบำบัด บ้านตันหยงโป - การเก็บ กวาดขยะชาดหาด - การจัดกิจกรรมเล่นทราย  - การจัดกิจกรรมเล่นน้ำ | ๑ - ๑๕ มกราคม ๒๕๖๖ |
|  ๒.๒ การอบรมความรู้ การรักษาทางเลือกโดยธรรมชาติบำบัด - การจัดหาอุปกรณ์ บ่อน้ำ บ่อทราย - การจัดอบรมให้ความรู้ผู้ปกครอง“ออทิสติกกับการรักษาทางเลือก” | ๑ - ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖ |
|  ๒.๓ การฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลออทิสติกและผู้พิการ - การประเมินศักยภาพและจัดทำแผนพัฒนาเป็นรายบุคคล - การให้บริการใช้บ่อน้ำ บ่อทราย เพื่อการบำบัด - บันทึกความก้าวหน้าการจัดกิจกรรม | ๑ มกราคม - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ |
| ๖. สรุปและประเมินผลโครงการ พร้อมรายงานผลต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด | ๑-๓๐ เมษายน ๒๕๖๖  |

**๕. ระยะเวลาดำเนินการ**

 ๑ มกราคม 2566 – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

**๖. สถานที่ดำเนินการ**

ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล หมู่ที่ ๗ ซอยคลองขุด๒๓ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

**๗. งบประมาณ**

 งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ประเภทที่ 3 สนับสนุน ศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์อื่น หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เป็นจำนวน ๖๕,125 บาท (หกหมื่นห้าพันหนึ่งร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดดังนี้

 **กิจกรรมที่ ๑** การศึกษาเรียนรู้ธรรมชาติผ่านกิจกรรมเพื่อการบำบัด บ้านตันหยงโป เป็นเงิน 8,900 บาท

 ๑.๑ ค่าเช่ารถสองแถว ๒ คันๆละ ๑,๒๐๐ บาท ไป-กลับ เป็นเงิน ๒,๔๐๐ บาท

 ๑.๒ ค่าน้ำมันรถขนสัมภาระ ๑ คัน ไป-กลับ เป็นเงิน ๕๐๐ บาท

 ๑.๓ ค่าเช่าใช้สถานที่ ๒,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท

 ๑.๔ ค่าอาหารกลางวัน มื้อละ 7๐ บาท x ๔๐ คน เป็นเงิน 2,8๐๐ บาท

 ๑.๕ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม มื้อละ 30 บาท x ๔๐ คน เป็นเงิน ๑,2๐๐ บาท

 **กิจกรรมที่ ๒** การอบรมความรู้ การรักษาทางเลือกโดยธรรมชาติบำบัด แก่ เจ้าหน้าที่ ครู อาสาสมัคร และผู้ดูแลคนพิการ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓๐ คน ระยะเวลา ๕ ชั่วโมง (ครึ่งวัน) เป็นเงิน 55,200 บาท

 ๒.๑ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๐ คน x 30 บาท x ๑ มื้อ เป็นเงิน 90๐ บาท

 ๒.๒ ค่าอาหารกลางวัน ๓๐ คน x 7๐ บาท x ๑ มื้อ เป็นเงิน ๒,1๐๐ บาท

 ๒.๓ ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน ๒ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

 ๒.๔ ค่าตอบแทนวิทยากรกลุ่ม จำนวน ๒ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

 ๒.๕ ค่าไวนิลประชาสัมพันธ์โครงการขนาด ๒X๓ เมตรละ ๑5๐ บาท เป็นเงิน 90๐ บาท

 ๒.๖ ค่ากระบะทรงกลม ขนาด ๑,๕๐๐ ลิตร ๒ ใบๆละ ๑๖,๕๐๐ บาท เป็นเงิน ๓๓,๐๐๐ บาท

 ๒.๗ ค่ากระบะทรงสี่เหลี่ยม ขนาด ๑,๕๐๐ ลิตร ๑ ใบๆละ ๑๕,๙๐๐ บาท เป็นเงิน ๑๕,๙๐๐ บาท

 **กิจกรรมที่ ๓** การฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลออทิสติกและผู้พิการ ให้แก่บุคคลออทิสติกและผู้พิการ ๑๕ คน เป็นเงิน 525 บาท

 ๓.1 ค่าจัดทำแบบประเมินและแผนพัฒนาฯชุดละ ๓๕ บาท x ๑๕ ชุด เป็นเงิน ๕๒๕ บาท

-การประเมินศักยภาพและจัดทำแผนพัฒนาเป็นรายบุคคล

 -การให้บริการใช้บ่อน้ำ บ่อทราย เพื่อการบำบัด

 -บันทึกความก้าวหน้าการจัดกิจกรรม

 **กิจกรรมที่ ๔** ค่าวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ เป็นเงิน ๕๐๐ บาท

 ๔.๑ ค่าวัสดุอุปกรณ์อื่นๆที่ใช้และถ่ายเอกสารจัดทำรายงาน ๒ เล่ม เป็นเงิน ๕๐๐ บาท

**รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๖๕,125 บาท (หกหมื่นห้าพันหนึ่งร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน)**

**\* หมายเหตุ** ทุกรายการสามารถถัวจ่ายกันได้

**๘. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

๑. ครู อาสาสมัคร ผู้ดูแลและคนพิการ ร่วมศึกษาเรียนรู้ธรรมชาติผ่านกิจกรรมเพื่อการบำบัด

๒. ครู อาสาสมัคร ผู้ดูแลและคนพิการ มีความรู้เรื่อง การรักษาทางเลือกโดยธรรมชาติบำบัด

๓. ผู้พิการ มีพัฒนาการทางด้านร่างกายดีขึ้นตามแผนพัฒนาศักยภาพรายบุคคล

**๙. ชื่อองค์กร “คณะกรรมการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล”** กลุ่มคน (ระบุ ๕ คน)

 **ที่ปรึกษา**

1. นายสุนทร ชูบัณฑิต ประธานชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล
2. นางสาวนาฏนธี ผิวเหลือง ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านมะนัง

**คณะกรรมการ**

 ๑. นายสมบูรณ์ สุวาหลำ ผู้อำนวยการ

 ๒. นายอาลี เล็มโดย รองผู้อำนวยการ

 ๓. นางสาวจริน ซ้ายเส้ง เหรัญญิก

 ๔. นางสาวรุ้งพิรุณ แดงเหม กรรมการ/ฐานข้อมูล

 ๕. นายสมมิตร แท่นประมูล กรรมการ/ฝ่ายกิจกรรม

 ๖. นางวันดี วิริยะกิจ กรรมการ/ฝ่ายประชาสัมพันธ์

 ๗. นางฮาเดี๊ยะ เล่ห์ทองคำ กรรมการ

 ๘. นางสาวสุพิชชา เกตุทอง กรรมการ

 ๙. นางสมใจ ลักษณาวงศ์ กรรมการ/เลขานุการ

 **ผู้รับผิดชอบโครงการ**

 ชื่อ นายสมบูรณ์ สุวาหลำ

 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล

 เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๔-๓๑๒-๑๐๔๘ , ๐๙๑-๐๔๘-๕๗๒๘

 ที่อยู่ตามทะเบียน บ้านเลขที่ ๔๙ หมู่ที่ ๔ ตำบลเกาะสาหร่าย อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ที่พัก บ้านเลขที่ ๕๗๖ หมู่ที่ ๗ ซอยคลองขุด๒๓ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

 ลงชื่อ ............................................................... ผู้เสนอโครงการ

 (นายสมบูรณ์ สุวาหลำ)

 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล

 วันที่-เดือน-พ.ศ....7.....ธันวาคม....๒๕๖๕....

* เห็นชอบ
* ให้เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด

ลงชื่อ .......................................................หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

 ( )

ตำแหน่ง.............................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ........................................................

**กำหนดการ**

**โครงการอบรมความรู้กิจกรรมบำบัดทางเลือกและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายสำหรับบุคคลออทิสติก**

 **กิจกรรมที่ ๑** **การศึกษาเรียนรู้ธรรมชาติผ่านกิจกรรมเพื่อการบำบัด บ้านตันหยงโป**

**วันที่.........เดือน........มกราคม...........พ.ศ....๒๕๖๖**

**ณ บ้านตันหยงโป ตำบลตันหยงโป อำเภอเมือง จังหวัดสตูล**

**..................................................................................................**

**วันที่...........มกราคม.....๒๕๖๖.....**

เวลา ๐๘.๐๐ – ๐๘.๓๐ น. ลงทะเบียน

เวลา ๐๘.๓๐ – ๐๙.๓๐ น. ออกเดินทาง ถึงบ้านตันหยงโป

เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๑.๓๐ น. กิจกรรมรักษาทางเลือก สำหรับบุคคลออทิสติก

 - กิจกรรมที่ ๑ รักษ์โลก รักสตูล การเก็บกวาดขยะชายหาด

 - กิจกรรมที่ ๒ การเล่นทรายพัฒนาประสาทการรับรู้

 - กิจกรรมที่ ๓ การเล่นน้ำพัฒนาข้อต่อ

เวลา ๑๑.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. การเล่นอิสระ

เวลา ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. รับประทานอาหารเที่ยง และเดินทางกลับ

หมายเหตุ ตารางอาจเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

**กำหนดการ**

**โครงการอบรมความรู้กิจกรรมบำบัดทางเลือกและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายสำหรับบุคคลออทิสติก**

**กิจกรรมที่ ๒ การอบรมความรู้ การรักษาทางเลือกโดยธรรมชาติบำบัด**

**วันที่.........เดือน....................................พ.ศ....๒๕๖๖**

**ณ.ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล**

**..................................................................................................**

**วันที่..................................** - การจัดหาอุปกรณ์ บ่อน้ำ บ่อทราย

**วันที่..................................** - การจัดอบรมให้ความรู้ “ออทิสติกกับการรักษาทางเลือก”

เวลา ๐๘.๐๐ – ๐๘.๓๐ น. ลงทะเบียน

เวลา ๐๘.๓๐ – ๐๙.๓๐ น. พิธีเปิด และบรรยายพิเศษ โดย สำนักงานเทศบาลตำบลคลองขุด

เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๐.๓๐ น. บรรยายความรู้ การรักษาทางเลือก สำหรับบุคคลออทิสติก

 (โดย ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสตูล)

 ทานอาหารว่างระหว่างฝึก

เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๓๐ น. บรรยายความรู้และการสาธิต แบ่ง ๒ กลุ่มๆละ ๑ ชั่วโมงเปลี่ยนฐาน

 ฐานกลุ่มที่ ๑ การใช้ทรายบำบัด

 ฐานกลุ่มที่ ๒ การใช้น้ำบำบัด

เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๓.๓๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๔.๓๐ น. สรุปกิจกรรมถอดบทเรียน และการนำไปใช้

เวลา ๑๔.๓๐ น. ปิดการอบรม และเดินทางกลับ

หมายเหตุ ตารางอาจเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

**รายการวัสดุประกอบการอบรม**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ภาพ** | **ชื่อรายการ** | **จำนวน** |
| กระบะเหลี่ยม 2500 ลิตร | กระบะทรงเหลี่ยมขนาด ๑๑๖ x ๑๙๔ x๑๐๓ ซม. | ๑ ใบ |
| ถังกลมทรงเตี้ยซ้อนได้ COMOS รุ่น RTO-1600-40 ขนาด 1600 ลิตร สีน้ำเงิน | กระบะทรงกลมขนาด ๒๐๖.๕ x ๖๐.๕ ซม. |  ๒ ใบ |

**ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ครั้งที่ 11 / 2565 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2565 ผลการพิจารณาโครงการ ดังนี้

 **☑**  **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนโครงการอบรมความรู้กิจกรรมบำบัดทางเลือกและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายสำหรับบุคคลออทิสติก จำนวน ๖๕,125... บาท

เพราะ เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่สามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักถึงการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย การรักษาทางเลือกโดยธรรมชาติบำบัด ได้ใช้บ่อน้ำ บ่อทราย ในการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องทุกวัน

 ❑ **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 เพราะ .............................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................

 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .........................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................

 **☑**  ให้รายงานผลความสำเร็จของโครงการ ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ ๓)** ภายใน ๓๐ วัน หลังจากเสร็จสิ้นโครงการ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

 ลงชื่อ ............................................................... ผู้เสนอโครงการ

 (นายสมบูรณ์ สุวาหลำ)

 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล

 วันที่-เดือน-พ.ศ. ...2...ธันวาคม.. ๒๕๖๕...

**กำหนดการ**

**โครงการอบรมความรู้กิจกรรมบำบัดทางเลือกและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายสำหรับบุคคลออทิสติก**

 **กิจกรรมที่ ๑** การศึกษาเรียนรู้ธรรมชาติผ่านกิจกรรมเพื่อการบำบัด บ้านตันหยงโป

**วันที่.........เดือน........มกราคม...........พ.ศ....๒๕๖๖**

**ณ.บ้านตันหยงโป ตำบลตันหยงโป อำเภอเมือง จังหวัดสตูล**

**..................................................................................................**

**วันที่...........มกราคม.....๒๕๖๖.....**

เวลา ๐๘.๐๐ – ๐๘.๓๐ น. ลงทะเบียน

เวลา ๐๘.๓๐ – ๐๙.๓๐ น. ออกเดินทาง ถึงบ้านตันหยงโป

เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๑.๓๐ น. กิจกรรมรักษาทางเลือก สำหรับบุคคลออทิสติก

 - กิจกรรมที่ ๑ รักษ์โลก รักสตูล การเก็บกวาดขยะชายหาด

 - กิจกรรมที่ ๒ การเล่นทรายพัฒนาประสาทการรับรู้

 - กิจกรรมที่ ๓ การเล่นน้ำพัฒนาข้อต่อ

เวลา ๑๑.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. การเล่นอิสระ

เวลา ๑๒.๐๐ ๑๓.๐๐ น. รับประทานอาหารเที่ยง และเดินทางกลับ

หมายเหตุ ตารางอาจเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

**กำหนดการ**

**โครงการอบรมความรู้กิจกรรมบำบัดทางเลือกและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายสำหรับบุคคลออทิสติก**

**กิจกรรมที่ ๒** การอบรมความรู้ การรักษาทางเลือกโดยธรรมชาติบำบัด

**วันที่.........เดือน....................................พ.ศ....๒๕๖๖**

**ณ.ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล**

**..................................................................................................**

**วันที่..................................** - การจัดหาอุปกรณ์ บ่อน้ำ บ่อทราย

**วันที่..................................** - การจัดอบรมให้ความรู้ “ออทิสติกกับการรักษาทางเลือก”

เวลา ๐๘.๐๐ – ๐๘.๓๐ น. ลงทะเบียน

เวลา ๐๘.๓๐ – ๐๙.๓๐ น. พิธีเปิด และบรรยายพิเศษ โดย สำนักงานเทศบาลตำบลคลองขุด

เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๐.๓๐ น. บรรยายความรู้ การรักษาทางเลือก สำหรับบุคคลออทิสติก

 (โดย ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสตูล)

 ทานอาหารว่างระหว่างฝึก

เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๓๐ น. บรรยายความรู้และการสาธิต แบ่ง ๒ กลุ่มๆละ ๑ ชั่วโมงเปลี่ยนฐาน

 ฐานกลุ่มที่ ๑ การใช้ทรายบำบัด

 ฐานกลุ่มที่ ๒ การใช้น้ำบำบัด

เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๓.๓๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๔.๓๐ น. สรุปกิจกรรมถอดบทเรียน และการนำไปใช้

เวลา ๑๔.๓๐ น. ปิดการอบรม และเดินทางกลับ

หมายเหตุ ตารางอาจเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

**รายการวัสดุประกอบการอบรม**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ภาพ** | **ชื่อรายการ** | **จำนวน** |
| กระบะเหลี่ยม 2500 ลิตร | **กระบะทรงเหลี่ยม**ขนาด ๑๑๖ x ๑๙๔ x๑๐๓ ซม. | **๑ ใบ** |
| ถังกลมทรงเตี้ยซ้อนได้ COMOS รุ่น RTO-1600-40 ขนาด 1600 ลิตร สีน้ำเงิน | **กระบะทรงกลม**ขนาด ๒๐๖.๕ x ๖๐.๕ ซม. |  **๒ ใบ** |