

**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด**

**เรื่อง** ขอเสนอโครงการส่งเสริมพัฒนาการด้านการพูดและการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการ

**เรียน** ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด

 ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล มีความประสงค์จะจัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการด้านการพูดและการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการ ในปีงบประมาณ 2564 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด เป็นเงินทั้งสิ้น 15,100 บาท(หนึ่งหมื่นห้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)โดยมีรายละเอียดโครงการ ดังนี้ โดยมีรายละเอียดโครงการ ดังนี้

**ส่วนที่ ๑ : รายละเอียดโครงการ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)**

**๑.หลักการและเหตุผล**

 ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล จัดตั้งขึ้นโดยองค์กรภาคประชาชน ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล ในการส่งเสริมและช่วยเหลือผู้พิการและผู้ดูแลให้เข้าถึงสิทธิและให้ได้มาด้วยสิทธิอันพึงจะได้รับตามกฎหมายในทุกด้าน รวมถึงการฟื้นฟูและพัฒนาสมรรถภาพผู้พิการตามศักยภาพและความสามารถของแต่ละบุคคล โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาเด็กพิการให้มีพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญาที่เหมาะสมกับวัย ความสามารถและความแตกต่างระหว่างบุคคล เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะเรียนรู้และสร้างรากฐานชีวิตให้พัฒนาเด็กไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ เป็นคนดี มีวินัย รวมถึงคุณภาพชีวิตของครอบครัวคนพิการและผู้ดูแลให้ดีขึ้นอยู่ร่วมสังคมอย่างปกติสุข

 ดังนั้น ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของเด็กพิเศษ จึงริเริ่ม “โครงการส่งเสริมพัฒนาการด้านการพูดและการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการ” ขึ้น เพื่อให้เด็กพิเศษมีพัฒนาการด้านต่างๆดีขึ้นโดยใช้โทรศัพท์เป็นเทคโนโลยีช่วยในการทำกิจกรรมการฝึกพูดและทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวพัฒนาศักยภาพทางร่างกายและลดการกระตุ้นตนเอง จากปัญหาของระบบการรับรู้และขบวนการทำงานของระบบข้อต่อของกลไกกล้ามเนื้อ โดยมีเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการฯเป็นผู้นำและดูแลการจัดกิจกรรมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล นอกจากนี้เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลนำเทคโนโลยีมาช่วยในการพัฒนาผู้พิการและการร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นกลุ่ม

**๒. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

|  |  |
| --- | --- |
| **วัตถุประสงค์** | **ตัวชี้วัดความสำเร็จ** |
| ๑. เพื่อฝึกทักษะพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสารนำไปสู่การบอกความต้องการของผู้พิการได้  | มีผู้พิการร้อยละ 100 ได้รับบริการทักษะพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสารสัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 2 วัน  |
| ๒. เพื่อฝึกทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกายและกลไกการทำงานของกล้ามเนื้อ สามารถออกกำลังกายได้ทำให้มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ลดสภาวการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกาย  | มีผู้พิการร้อยละ 100 ได้รับบริการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกายและกลไกการทำงานของกล้ามเนื้อ สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 2 วัน  |

**๓. กลุ่มเป้าหมาย**

ผู้พิการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล จำนวน 20 คน

ผู้พิการทั่วไปในจังหวัดสตูล

**๔. วิธีดำเนินการ**

กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย

|  |  |
| --- | --- |
| **กิจกรรม** | **ระบุวัน/ช่วงเวลา** |
| 1.ประชุมวางแผนการดำเนินงานและเตรียมความพร้อม  1.1 ประชุมเพื่อจัดทำโครงการและเสนอโครงการ 1.2 ประชุมชี้แจงแผนงาน และมอบผู้ดำเนินงาน 1.3 ดำเนินการจัดซื้อและติดตั้งโทรทัศน์และระบบสัญญาณ | 1 ตุลาคม 2563ถึง 30 พฤศจิกายน 2563 |
| ๒. จัดให้บริการฝึกทักษะพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสาร ทุกวันจันทร์-วันเสาร์ เวลา 09.00-15.00 น.(ยกเว้นมีประกาศหยุดเป็นกรณี) โดยมีอัตราส่วนผู้ให้บริการ 1 คน ผู้รับบริการ 5 คน | 1 ธันวาคม 2563ถึง 30 สิงหาคม 2564 |
| ๓. จัดให้บริการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกายและกลไกการทำงานของกล้ามเนื้อทุกวันจันทร์-วันเสาร์ เวลา 09.00-15.00 น.(ยกเว้นมีประกาศหยุดเป็นกรณี) โดยมีอัตราส่วนผู้ให้บริการ 1 คน ผู้รับบริการ 5 คน | 1 ธันวาคม 2563ถึง 30 สิงหาคม 2564 |
| 4. สรุปและประเมินผลโครงการ พร้อมรายงานผลต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด | ภายหลัง ๓๐ วันหลังเสร็จสิ้นโครงการ |

**๕. ระยะเวลาดำเนินการ**

ธันวาคม 2563 - กันยายน ๒๕๖๔

**๖. สถานที่ดำเนินการ**

ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล หมู่ที่ 7 ซอยคลองขุด 23 ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

**๗. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ประเภทที่ ๓ สนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์ชื่ออื่น หรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ จำนวน 15,100 บาท รายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

1. ค่าซื้อโทรทัศน์ 42 นิ้วพร้อมอุปกรณ์ เพื่อการเคลื่อนไหว 1 เครื่อง เป็นเงิน 5,500 บาท

2. ค่าซื้อโทรทัศน์ 32 นิ้วพร้อมอุปกรณ์ เพื่อการพูด 1 เครื่อง เป็นเงิน 4,500 บาท

3. ค่าติดตั้งพร้อมอุปกรณ์สายไฟ เป็นเงิน 1,000 บาท

4. ค่าลำโพงเคลื่อนที่เล็กพร้อมไมค์ 2 ชุดๆละ 1,500 บาท เป็นเงิน 3,000 บาท

5. ค่าไวนิลประชาสัมพันธ์และสรุปงานอย่างละ 1 แผ่นๆละ 300 บาท เป็นเงิน 600 บาท

6. ค่าวัสดุอุปกรณ์อื่นๆที่ใช้และการถ่ายเอกสารจัดทำรายงาน 2 เล่ม เป็นเงิน 500 บาท

**รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 15,100 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)**

**\*\*\* ขอถัวจ่ายทุกรายการตามที่จ่ายจริง**

**หมายเหตุ** งบประมาณต่าง ๆ สามารถถัวจ่ายกันได้ตามการจ่ายจริง กิจกรรม สถานที่และเวลาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

**๘. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

**ผลผลิต**

1. มีผู้พิการร้อยละ 100 ได้รับบริการทักษะพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสารสัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 2 วัน

2. มีผู้พิการร้อยละ 100 ได้รับบริการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกายและกลไกการทำงานของกล้ามเนื้อ สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 2 วัน

**ผลลัพธ์**

ผู้พิการและผู้ดูแล มีความตระหนักถึงการออกกำลังกาย ทำให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงโดยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องทุกวัน ลดสภาวการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกาย

**9. ชื่อองค์กร “คณะกรรมการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล”** กลุ่มคน (ระบุ 5 คน)

 **ที่ปรึกษา**

๑. นายสุนทร ชูบัณฑิต ประธานชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล

๒. นางสาวนาฏนธี ผิวเหลือง ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านมะนัง

**คณะกรรมการ**

๑. นายสมบูรณ์ สุวาหลำ ผู้อำนวยการ

๒. นายอาลี เล็มโดย รองผู้อำนวยการ

๓. นางสาวจริน ซ้ายเส้ง เหรัญญิก

๔. นางสาวสุพิชชา เกตุทอง กรรมการ/ฐานข้อมูล

๕. นายสมมิตร แท่นประมูล กรรมการ/ฝ่ายกิจกรรม

๖. นางวันดี วิริยะกิจ กรรมการ/ฝ่ายประชาสัมพันธ์

๗. นางฮาเดี๊ยะ เล่ห์ทองคำ กรรมการ

๘. นางสมใจ ลักษณาวงศ์ กรรมการ

๙. นางสาวรุ้งพิรุณ แดงเหม กรรมการ/เลขานุการ

**๙. ผู้รับผิดชอบโครงการ**

ชื่อ นายสมบูรณ์ สุวาหลำ

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล

เบอร์โทรศัพท์ 084-312-1048 , 091-048-5728

ที่อยู่ตามทะเบียน บ้านเลขที่ 49 หมู่ที่ 4 ตำบลเกาะสาหร่าย อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ที่พัก บ้านเลขที่ 576 หมู่ที่ 7 ซอยคลองขุด 23 ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

**๑๐. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง ๑ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

***๑๐.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)**

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล

 ๑๐.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 ๑๐.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 ๑๐.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 ๑๐.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 ๑๐.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**๑๐.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

 ๑๐.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)]

 ๑๐.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]

 ๑๐.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)]

 ๑๐.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

 ๑๐.๒.๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]

**๑๐.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)**

 ๑๐.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 ๑๐.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 ๑๐.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 ๑๐.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน

 ๑๐.๓.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

 ๑๐.๓.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 ๑๐.๓.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 ๑๐.๓.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

**๑๐.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 ๑๐.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 ๑๐.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๑๐.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 ๑๐.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๑๐.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 ๑๐.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 ๑๐.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 ๑๐.๔.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ) .........................................................................................

 ๑๐.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 ๑๐.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๑๐.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๑๐.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 ๑๐.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 ๑๐.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 ๑๐.๔.๒.๘ อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................

 ๑๐.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 ๑๐.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๑๐.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๑๐.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและ

 อารมณ์

 ๑๐.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 ๑๐.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 ๑๐.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 ๑๐.๔.๓.๙ อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................

 ๑๐.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน

 ๑๐.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๑๐.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๑๐.๔.๔.๕ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 ๑๐.๔.๔.๖ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 ๑๐.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 ๑๐.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 ๑๐.๔.๔.๙ อื่นๆ (ระบุ)............................................................................................

 ๑๐.๔.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

 ๑๐.๔.๕.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๕.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๑๐.๔.๕.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๕.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๑๐.๔.๕.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 ๑๐.๔.๕.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 ๑๐.๔.๕.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 ๑๐.๔.๕.๘ อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................

 ๑๐.๔.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 ๑๐.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๑๐.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๑๐.๔.๖.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 ๑๐.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 ๑๐.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 ๑๐.๔.๖.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 ๑๐.๔.๖.๙ อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................

 ๑๐.๔.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 ๑๐.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๑๐.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๑๐.๔.๗.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 ๑๐.๔.๗.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 ๑๐.๔.๗.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 ๑๐.๔.๗.๘ อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................

 ๑๐.๔.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 ๑๐.๔.๘.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๘.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๑๐.๔.๘.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๑๐.๔.๘.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๑๐.๔.๘.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อ

 สุขภาพ

 ๑๐.๔.๘.๖ อื่น ๆ (ระบุ) ..........................................................................................

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

 นายสมบูรณ์ สุวาหลำ

ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูล

 วันที่ ......28..ตุลาคม..2563....

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด 10/2563 เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2563 ผลการพิจารณาโครงการ ดังนี้

 **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนโครงการส่งเสริมพัฒนาการด้านการพูดและการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการ จำนวน ...15,100...บาท

 เพราะ เป็นการส่งเสริมให้เด็กพิเศษมีพัฒนาการด้านต่างๆดีขึ้นโดยใช้โทรศัพท์เป็นเทคโนโลยีช่วยในการทำกิจกรรมการฝึกพูดและทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวพัฒนาศักยภาพทางร่างกายและลดการกระตุ้นตนเอง จากปัญหาของระบบการรับรู้และขบวนการทำงานของระบบข้อต่อของกลไกกล้ามเนื้อ

 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)**

ภายใน 30 วัน หลังจากเสร็จสิ้นโครงการ ในปีงบประมาณ 256๔

ลงชื่อ ....................................................................

 (นายนันต์ ปิริยะ)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

 เทศบาลตำบลคลองขุด

 วันที่-เดือน-พ.ศ

**กำหนดการกิจกรรมที่ ๑**

**กิจกรรมอบรมการผลิตสื่อ เก้าอี้เสริมพัฒนาการสำหรับเด็กพิการ จำนวน ๒ วัน**

**วันที่.................................................**

**ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

|  |  |
| --- | --- |
| **เวลา** | **กิจกรรม** |
| **วันที่ ๑**๐๘.๐๐ – ๐๘.๓๐น | ลงทะเบียน |
| ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น. | พิธีเปิดและบรรยายพิเศษ  (โดย นายกเทศมนตรีตำบลคลองขุด) |
| ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.  | อบรมให้ความรู้เรื่อง สื่อ สิ่งอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลืออื่นๆให้เด็กพิเศษ  |
| ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน |
| ๑๓.๐๐ -๑๖.๓๐ น. | ผู้ปกครองผลิตสื่อ เก้าอี้เสริมพัฒนาการสำหรับเด็กพิการ |
| **วันที่ ๒** ๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น | ลงทะเบียน |
| ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. | ผู้ปกครองผลิตสื่อ เก้าอี้เสริมพัฒนาการสำหรับเด็กพิการ(ต่อ) |
| ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน |
| ๑๓.๐๐ - ๑6.๐๐ น | อบรมให้ความรู้เรื่องการใช้เก้าอี้เสริมพัฒนาการ |
| ๑6.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. | พิธีมอบสื่อ เก้าอี้เสริมพัฒนาการสำหรับเด็กพิการพิธีปิด |

หมายเหตุ ๑. กำหนดการนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

 ๒. พักรับประทานอาหารว่าง ภาคเช้า ๑๐.๓๐ – ๑๐.๓๕ น. ภาคบ่าย ๑๔.๓๐ – ๑๔.๔๕ น.

**กำหนดการกิจกรรมที่ ๒**

**กิจกรรมอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอนามัยในเด็กพิเศษ**

**เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและตรวจสุขภาพให้กับเด็กพิเศษ**

**วันที่.................................................**

**ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

|  |  |
| --- | --- |
| **เวลา** | **กิจกรรม** |
| ๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น. | ลงทะเบียน |
| ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น. | พิธีเปิดและบรรยายพิเศษ  (โดย นายกเทศมนตรีตำบลคลองขุด) |
| ๐๙.๐๐ – ๑๑.๐๐ น.  | อบรมให้ความรู้การปกป้องตนเองและคนรอบตัว การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (โดย เจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขจังหวัดสตูล และคณะ) |
| ๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.  | การดูแลสุขภาพอนามัยเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังติดเตียง  (โดย เจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขจังหวัดสตูล และคณะ) |
| ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน |
| ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. | ให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก สุขภาพร่างกาย และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น (โดย เจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขจังหวัดสตูล และคณะ ) |
| ๑๔.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.  | ตรวจสุขภาพช่องปาก และสุขภาพร่างกายนักเรียนศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสตูล (โดย เจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขจังหวัดสตูล และคณะ ) |
| ๑๖.๐๐ น. | พิธีปิด |

 หมายเหตุ ๑. กำหนดการนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

 ๒. พักรับประทานอาหารว่าง ภาคเช้า ๑๐.๓๐ – ๑๐.๓๕ น. ภาคบ่าย ๑๔.๓๐ – ๑๔.๔๕ น.