แบบ P.3

ปีงบประมาณ 2564

แบบรายงานผลการดำเนินงาน / โครงการ ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก

กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครภูเก็ต

โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพสร้างสุข ปี 2564

วดป. ที่อนุมัติ 30 พ.ย. 2563

1.ตัวชี้วัด

1. ร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการอบรมมีองค์ความรู้และทักษะ เรื่องการฟื้นฟูและการทำกายภาพบำบัด 2. มีเครือข่ายฟื้นฟูสุขภาพในชุมชมอย่างน้อยชุมชนละ 1 คน 3. มีการจัดกิจกรรมกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดร่วมกับเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

2.กลุ่มเป้าหมาย

8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

3.ระยะเวลา

30 พ.ย. 2563 - 30 ก.ย. 2564

4.ผลการดำเนินการ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 1 : จากผู้เข้าร่วมอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพสร้างสุขจำนวน 46 คน ซึ่งมีการทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการฟื้นฟูและการทำกายภาพบำบัดก่อนและหลังการอบรม มีผู้เข้าอบรมที่มีคะแนนแบบทดสอบหลังการอบรมสูงกว่ากว่าก่อนการอบรมจำนวน 43 คนจากผู้ทำแบบทดสอบทั้งหมด 45 คนคิดเป็นร้อยละ 95.55 และจากผู้เข้าร่วมอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพสร้างสุขจำนวน 46 คน มีผู้เข้าร่วมอบรมที่ผ่านทักษะการทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 2 : มีแกนนำเครือข่ายฟื้นฟูสุขภาพชุมชนจำนวน 21 คน จาก 13 ชุมชน ชุมชนละ 1-4 คน ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 3 : มีการจัดกิจกรรมกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด รวมทั้งหมด 2 ครั้ง คือ กิจกรรมการฝึกใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และเล็ก ในเดือนมิถุนายน 2564 และกิจกรรมอาหารเพื่อสุขภาพ ในเดือนกรกฎาคม 2564

5.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

☑ บรรลุตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัดของโครงการ ☒ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัดของโครงการ

6.การเบิกจ่ายงบประมาณ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| งบประมาณที่ได้รับอนุมัติ | 58,000.00 | บาท |  |  |
| งบประมาณเบิกจ่ายจริง | 32,121.00 | บาท | คิดเป็นร้อยละ | 55.38 |
| งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ | 25,879.00 | บาท | คิดเป็นร้อยละ | 44.62 |

7.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการ

* ไม่มี

 ☑ มี

ปัญหา/อุปสรรค(ระบุ)......เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (Covid-19) ทำให้ไม่สามารถเปิดบริการได้ต่อเนื่องตามปกติ...............

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

แนงทางการแก้ไข(ระบุ)...............................................................................................................................................................................................................................

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

ลงชื่อ ผู้รายงาน

 (.....นางสาวรังสิยา....เชาว์เฉียบ.....)

 ตำแหน่ง.......พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ..........

 วันที่/เดือน/พ.ศ.................................................