

ขั้นตอนการทำ COPE เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในงานวางแผนครอบครัว  
และอนามัยการเจริญพันธุ์

โครงการพัฒนาคุณภาพบริการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย

1. ชี้แจงผู้บริหาร และจัดตั้งคณะทำงานผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการCOPE เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานพยาบาล
2. สัมภาษณ์ผู้รับบริการวางแผนครอบครัวหรือให้ผู้รับบริการตอบแบบสอบถามเอง ตามจำนวนที่กำหนด สรุปรายงานก่อนการประชุม
3. ให้เจ้าหน้าที่ในคณะทำงาน COPE ทุกคน ผู้บริหาร ผู้ให้บริการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตอบแบบประเมินตนเอง คนละชุด
4. จัดประชุมคณะทำงาน COPE และผู้ตอบแบบประเมินตนเองทุกคน (1-3 วัน) เพื่อ
  - 4.1 บรรยาย/ชี้แจงถึงปัญหาและความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์
  - 4.2 สรุบบแบบประเมินตนเอง โดยนำข้อคำถามในแต่ละสิทธิของผู้รับบริการและความต้องการของเจ้าหน้าที่ตอบ “ไม่ใช่” มาอภิปรายร่วมกัน หาปัญหา สาเหตุของปัญหา แล้วสรุปในภาพรวม ให้ได้แบบประเมินตนเอง 1 ชุด
  - 4.3 พิจารณาแบบประเมินตนเอง (ชุดสรุป) ร่วมกับ ผลการสัมภาษณ์หรือการตอบแบบสอบถามของผู้รับบริการ เพื่อหาปัญหาในบริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์
  - 4.4 จัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้แบบฟอร์มแผนปฏิบัติการ นำปัญหาที่ได้มาอภิปรายร่วมกันหาสาเหตุ เสนอแนะวิธีแก้ปัญหา กำหนดผู้รับผิดชอบและเวลาที่แก้ปัญหาแล้วเสร็จ
  - 4.5 จัดตั้งคณะกรรมการ COPE ในการติดตามกำกับควบคุมความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ
5. ดำเนินการแก้ไขปัญหาตามแผนปฏิบัติการให้บรรลุผลสำเร็จ โดยผู้รับผิดชอบและทีมงาน
6. ติดตามผลและประเมินความสำเร็จ โดยใช้แบบฟอร์มแผนการติดตามผล การปรับปรุงคุณภาพบริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ ประเมินความสำเร็จและความล้มเหลว ปัญหาที่แก้ไขไม่สำเร็จให้รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมแล้วกำหนดแผนปฏิบัติการใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาให้ลุล่วง

เมื่อจะทำ COPE รอบต่อไป ให้เริ่มจากขั้นตอนที่ 2 จนถึงขั้นตอนที่ 6 เป็นรอบๆไป

## แบบประเมินตนเองสำหรับผู้ให้บริการ

**คำชี้แจง** กรุณาอ่านคำถามต่อไปนี้ และตอบอย่างตรงไปตรงมา ด้วยการเขียน เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ และหากข้อใดตอบว่าไม่ใช่ แสดงว่าคำถามข้อนั้นควรมีการอภิปรายกัน โดยใช้รูปแบบตามแบบฟอร์มแผนปฏิบัติการ แบบประเมินนี้ประกอบด้วย สิทธิผู้รับบริการ 7 ประการ และความต้องการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 3 ประการ

### 1. สิทธิของผู้รับบริการในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

ผู้รับบริการมีสิทธิในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยต่าง ๆ รวมทั้งเรื่องเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องเหมาะสม เข้าใจง่ายและไม่กำกวม ข้อมูลข่าวสารที่ผู้รับบริการต้องการจะต้องมีไว้ให้ในสถานพยาบาลทุกระดับ คณะทำงานชุดนี้ควรเป็นผู้ทำงานด้านให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ ร่วมกับผู้ให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ อย่างน้อยควรมีผู้ให้บริการทางการแพทย์ร่วมด้วยหนึ่งคน

ใช่      ไม่ใช่

1. เจ้าหน้าที่ประจำสถานพยาบาลทุกคน (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว) สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการในเรื่องต่อไปนี้ได้หรือไม่
  - ข้อมูลที่สถานพยาบาลของท่านให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ด้านใดบ้าง
  - สามารถไปใช้บริการได้ที่จุดไหน
  - เวลาที่ให้บริการ
  - มีบริการคุมกำเนิดวิธีใดบ้าง
2. สถานพยาบาลของท่านมีสัญลักษณ์ที่มองเห็นเด่นชัดเกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ ของบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ต่อไปนี้ หรือไม่
  - จุดที่ให้บริการ
  - วันที่ให้บริการ
  - เวลาที่ให้บริการ
  - ค่าใช้จ่าย
3. สถานพยาบาลของท่านได้จัดกิจกรรมให้สุขศึกษา หรือให้เอกสารข้อมูลที่หลากหลายเกี่ยวกับสุขภาพ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังต่อไปนี้สำหรับผู้รับบริการระหว่างการคอยรับบริการหรือไม่
  - การให้สุขศึกษา และการสาธิต (เช่น วิธีคุมกำเนิด อนามัยแม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โภชนาการและการเตรียมอาหาร สุขอนามัยทั่วไป การดื่มน้ำที่สะอาดและการป้องกันโรคติดเชื้อในแต่ละท้องถิ่น
  - โปสเตอร์ และแผ่นพับ
  - วิดีทัศน์ หรือ สไลด์ หรือ แผ่นซีดี

ใช่    ไม่ใช่

4. เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลของท่านได้ให้ข้อมูลข่าวสารและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ  
 อนามัยการเจริญพันธุ์ ดังต่อไปนี้ หรือไม่
- อธิบายถึงหัวข้อต่าง ๆ ของอนามัยการเจริญพันธุ์ตามความต้องการของผู้รับบริการ
  - ให้ข้อมูลตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ
  - ใช้ภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่าย เช่น ภาษาท้องถิ่น ไม่มีศัพท์เทคนิคต่าง ๆ
  - มีสื่อช่วยในการให้สุศึกษา เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ หุ่นจำลองอวัยวะต่าง ๆ และตัวอย่างยาคุมกำเนิด
  - อธิบายการทำงานของระบบสืบพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศรวมทั้งความผิดปกติต่าง ๆ
  - อธิบาย ข้อดี ความเสี่ยง ข้อห้าม อาการข้างเคียง หรือ ผลจากการรักษา หรือ การคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ
  - แจ้งผู้รับบริการถึงทางเลือกอื่น ๆ ในการรักษาหรือการคุมกำเนิด ซึ่งมีให้บริการ
  - อธิบายอย่างละเอียดก่อนตรวจ หรือให้การรักษาว่า ขั้นตอนต่างๆเป็นอย่างไร และจะเกิดผลอย่างไร
  - ได้ให้ผู้รับบริการกล่าวทวนถึงข้อมูลสำคัญเพื่อให้แน่ใจว่าผู้รับบริการเข้าใจ
  - ได้ให้คำแนะนำทั้งด้วยวาจาและ หรือเอกสารเกี่ยวกับการรักษา วิธีการรักษา การคุมกำเนิดที่ผู้รับบริการได้รับหรือไม่
5. เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงวางแผนครอบครัว แก่ผู้รับบริการและญาติเหล่านี้หรือไม่
- วัยรุ่น และเยาวชน (ทั้งหญิงและชาย)
  - ผู้หญิงทุกกลุ่มอายุ (โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรสหรือ การมีบุตร)
  - ผู้ชายทุกกลุ่มอายุ (โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรสหรือ การมีบุตร)
  - ผู้ที่พิการ
  - ประชาชนทุกชนชั้น และเชื้อชาติ
  - ผู้รับบริการที่มี รสนิยมทางเพศที่แตกต่างกัน
6. หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ได้รับข้อมูลความรู้ในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่
- โภชนาการ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด
  - อาการผิดปกติต่างๆ ที่ควรไปพบแพทย์
  - ความสำคัญของการ ไปรับการตรวจทางารแพทย์เมื่อเกิดปัญหาขึ้น
  - การคลอดที่ปลอดภัยรวมทั้งความสำคัญของการวางแผนคลอด ซึ่งทำให้ ผู้รับบริการ มั่นใจว่าจะมีผู้เชี่ยวชาญดูแลระหว่างการคลอด และสามารถส่งต่อในกรณีฉุกเฉินได้

	ใช่	ไม่ใช่
ต่อข้อ 6 หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ได้รับข้อมูลความรู้ในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่		
- วิธีลดความเจ็บปวดในระยะก่อนคลอด และระยะคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การดูแลทารก รวมทั้งการให้ภูมิคุ้มกันตามกำหนด และโภชนาการของเด็ก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลเต้านม การไม่มีประจำเดือนขณะให้นมลูก และคำแนะนำในการป้องกันโรคเอดส์ตามมาตรฐาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอด และต่อจากนั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดได้รับข้อมูลต่อไปนี้หรือไม่ (สถานีอนามัยไม่ต้องตอบ)		
- สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วิธีลดความเจ็บปวดที่มีให้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- จุดที่ผู้รับบริการ จะได้รับการดูแลภายในสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- สถานที่ซึ่งสามี และญาติ จะอยู่ได้ระหว่างรอการคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ผู้รับบริการระยะหลังคลอด / เยี่ยมหลังคลอด ได้รับข้อมูลต่อไปนี้หรือไม่		
- โภชนาการ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนในระยะหลังคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เหตุใด ที่ไหน และเมื่อไร ที่ผู้รับบริการและบุตร ต้องไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งสัญญาณเตือนถึงความผิดปกติต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ความสำคัญของการไปรับการตรวจทางารแพทย์ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การดูแลทารก รวมทั้งการดูแลสายสะดือ การรับภูมิคุ้มกันตามกำหนด และโภชนาการสำหรับเด็ก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลเต้านม รวมทั้งการไม่มีประจำเดือนขณะให้นมลูก และคำแนะนำในการป้องกันโรคเอดส์ตามมาตรฐาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การมีเพศสัมพันธ์ ในระยะหลังคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. สามี และญาติ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอดตามคำถามข้อ 6-8 หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ผู้รับบริการวางแผนครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จะทำให้เขาสามารถเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของเขาหรือไม่ ตัวอย่างเช่น		
- วิธีคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน แบบชั่วคราว และแบบถาวร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วิธีใช้ และการออกฤทธิ์ในการคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ประสิทธิภาพของแต่ละวิธี ข้อดี อาการข้างเคียง รวมทั้งอาการเตือนเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่	ไม่ใช่
- การติดต่อ และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การใช้ถุงยางอนามัย ทั้งของผู้ชายและผู้หญิง (ถ้ามี) ที่ช่วยป้องกันทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และการตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ทางเลือกในการใช้วิธีคุมกำเนิดที่ช่วยป้องกันได้สองทาง คือ ทั้งการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- จะขอเวชภัณฑ์คุมกำเนิดเพิ่มเติมได้ที่ไหน และเมื่อไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนวิธีคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เหตุใด ที่ไหน และเมื่อไร ที่ต้องกลับมาตรวจติดตามผล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ผู้รับบริการสามารถสื่อสารกับคู่สมรสอย่างไร เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และวิธีคุมกำเนิดที่ตนเลือกใช้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ในคลินิกอนามัยการเจริญพันธุ์ เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลถึงความสำคัญของวิธีคุมกำเนิดที่ช่วยป้องกันได้ทั้งการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ แก่ผู้รับบริการทุกคนหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ผู้รับบริการและคู่สมรสที่ต้องการทำหมัน (ทั้งหมันหญิงและหมันชาย) ได้รับข้อมูลต่อไปนี้หรือไม่ (สถานีอนามัยไม่ต้องตอบ)		
- เป็นการคุมกำเนิดแบบถาวร และสถานพยาบาลยังมีวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวแบบอื่น ๆ ให้ด้วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- สิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัดทำหมัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- อาการข้างเคียง และอาการเตือนของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โอกาสที่จะตั้งครรภ์ได้อีกหลังทำหมัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การทำหมันไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะเปลี่ยนใจได้ตลอดเวลาก่อนการผ่าตัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เหตุใด ที่ไหน และเมื่อไร ที่ต้องกลับมาตรวจติดตามหลังทำหมันแล้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. หลังการทำหมันผู้รับบริการได้รับข้อมูลต่อไปนี้หรือไม่ (สถานีอนามัยไม่ต้องตอบ)		
- วิธีการดูแลทำความสะอาดแผล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เหตุใด ที่ไหน และเมื่อไร ที่ต้องกลับมาตรวจติดตามหลังทำหมัน รวมทั้งอาการผิดปกติที่ต้องกลับมารับการตรวจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เมื่อไร ผู้รับบริการจึงสามารถปฏิบัติภารกิจได้ตามปกติ (เช่น การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ประโยชน์ของการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ แม้จะไม่ต้องการคุมกำเนิดแล้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่	ไม่ใช่
14. ผู้มารับบริการทำหมันชาย ได้รับคำแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยหรือคุมกำเนิดแบบชั่วคราวอื่น ๆ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังทำหมันหรือไม่ (สถานีอนามัยไม่ต้องตอบ)		
- หากผู้รับบริการเลือกใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิดชั่วคราว เจ้าหน้าที่ได้จัดหาถุงยางอนามัยให้ผู้รับบริการหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เจ้าหน้าที่ได้อธิบายความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แม้ว่าไม่จำเป็นต้องคุมกำเนิดแล้วหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. เมื่อผู้มารับบริการมาด้วยอาการแทรกซ้อนจากการแท้ง เขาได้รับการให้คำปรึกษาได้รับการดูแลด้านจิตใจ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาหรือไม่ (สถานีอนามัยไม่ต้องตอบ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ผู้รับบริการหลังแท้งบุตร ได้รับข้อมูลเหล่านี้ก่อนออกจากสถานพยาบาลหรือไม่ (สถานีอนามัยไม่ต้องตอบ)		
- การดูแลตนเองหลังการรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การนัดตรวจติดตามหลังการรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- อาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ความสำคัญของการกลับมารับการตรวจ หากเกิดปัญหาขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เมื่อไร เขาจึงสามารถปฏิบัติภารกิจได้ตามปกติ (เช่น ทำงาน หรือการมีเพศสัมพันธ์)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ภาวะเจริญพันธุ์จะกลับคืนเป็นปกติหลังแท้ง 11 วัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- หากผู้รับบริการยังไม่ต้องการตั้งครรภ์ ควรได้รับการคุมกำเนิดตั้งแต่นั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ผู้รับบริการสามารถรับบริการอื่นเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงการวางแผนครอบครัว ได้ที่ไหน และอย่างไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ผู้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ทุกคน ได้รับข้อมูลต่อไปนี้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่		
- การติดต่อของโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วิธีป้องกันการติดต่อ (รวมทั้งสาธิตวิธีใช้ถุงยางอนามัย)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เมื่อไร และที่ไหน ที่สามารถมาขอตรวจคัดกรองหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และหาเชื้อ เอชไอวี โดยสมัครใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- หากเกิดการติดเชื้อ ผู้รับบริการจะไปรับการรักษาได้ที่ไหน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่	ไม่ใช่
18. ผู้รับบริการที่ติดเชื้อ เอชไอวี หรือ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้รับข้อมูล และคำปรึกษาในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่ (สถานีนามยไม่ต้องตอบ)		
- วิธีปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำ และความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วิธีที่จะบอกคู่สมรสและแนะนำเกี่ยวกับการรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วิธีที่จะป้องกันการติดเชื้อซ้ำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ผู้รับบริการหญิงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ และหากตรวจพบว่าปากมดลูกมีความผิดปกติ ได้ให้คำแนะนำการรักษาและการตรวจติดตามหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. เจ้าหน้าที่ได้มีการสอนวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง อธิบายลักษณะผิดปกติที่อาจตรวจพบ บอกวิธีปฏิบัติตัว และสถานที่ ๆ สามารถไปรับบริการ หากพบความผิดปกติ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ผู้รับบริการชายอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งของอัณฑะ และต่อมลูกหมากด้วยตัวเอง และสถานที่ ๆ สามารถจะไปรับบริการตรวจ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ผู้รับบริการหญิงอายุตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไป ทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะใกล้หมดระดู และภาวะหมดระดู ดังต่อไปนี้ หรือไม่		
- โดยทั่วไป ภาวะใกล้หมดระดู และหมดระดู เริ่มต้นเมื่อไหร่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- อาการ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้หญิง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ภาวะใกล้หมดระดู และหมดระดู มีผลต่อความรู้สึกทางเพศของผู้หญิงอย่างไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ในภาวะใกล้หมดระดู ผู้หญิงสามารถตั้งครรภ์ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ในภาวะใกล้หมดระดู หรือหมดระดูแล้ว ผู้หญิงก็สามารถติดเชื้อโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วิธีปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ รวมทั้งการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมต่าง ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. สถานพยาบาลของท่านให้บริการข้อมูลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยากหรือไม่ เจ้าหน้าที่ส่งต่อผู้รับบริการไปรับข้อมูลและการตรวจคัดกรองจากผู้ให้บริการหรือ สถานพยาบาลอื่น ๆ เมื่อผู้รับบริการต้องการ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ผู้รับบริการทั้งหญิงและชายได้รับความรู้ และคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ หรือไม่ (เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การห้าม รับประทานอาหารบางอย่างในขณะที่ตั้งครรภ์ และหลังคลอด การมีเพศสัมพันธ์กับ หญิงขายบริการ เป็นต้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่	ไม่ใช่
25. เจ้าหน้าที่ได้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาหรือส่งต่อในประเด็นของอนามัยการเจริญพันธุ์ ต่อไปนี้เป็นหรือไม่ ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องใหม่ หรือ เรื่องที่เกิดจากการละเลยซ้ำซาก		
- ยาคูมกำเนิดฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วิธีคุมกำเนิด สำหรับผู้รับบริการหลังแท้งบุตร หลังคลอด และวัยรุ่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ (เช่น มะเร็งปากมดลูก เต้านม ต่อมลูกหมาก อวัยวะ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย มดลูกหย่อน หรือ การทะลุของ ผนังอวัยวะในระบบสืบพันธุ์)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศสำหรับหญิงและชาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- สุขอนามัย ในระหว่างมีประจำเดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- พฤติกรรมทางเพศ (เช่น การตอบสนองทางเพศที่เป็นปกติ ความถี่ห่างของ การ มีเพศสัมพันธ์ หรือ ความผิดปกติทางเพศ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ปัจจัยที่มีผลต่อการมีบุตร (เช่น ระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือการอักเสบในอุ้งเชิงกราน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ความรุนแรงทางเพศ และความรุนแรงในครอบครัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- พฤติกรรมเสี่ยงหรือปัจจัยที่อาจมีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ (เช่น การแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์ในขณะอายุน้อย)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. มีสื่อที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. มีสื่อด้านวางแผนครอบครัวต่อไปนี้เป็นสำหรับผู้รับบริการ หรือไม่		
- โปสเตอร์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- แผ่นพับ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- หุ่นเชิงกราน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- หุ่นเต้านม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ภาพพลิก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วิดิทัศน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ปัญหา/ข้อเสนอแนะ ที่ท่านคิดว่าสำคัญ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 2. สิทธิของผู้รับบริการในการเข้าถึงบริการ

ผู้รับบริการมีสิทธิจะใช้บริการในราคาที่พอรับได้ ในเวลาและสถานที่ที่สะดวกและสามารถเข้าถึงบริการได้โดยปราศจากอุปสรรคทางกายภาพ ตลอดจนปราศจากการเลือกปฏิบัติหรือการกีดกันทางสังคม รวมถึงการแบ่งแยกเพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีบุตร ชนชาติหรือชาติพันธุ์ ชนชั้นทางสังคม หรือศาสนา คณะทำงานชุดนี้ทำงานตามคู่มือนี้ ควรจะประกอบด้วยสมาชิกอย่างน้อยหนึ่งคน ที่มีหน้าที่ให้บริการข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ หรือให้การปรึกษา และอาจเป็นประโยชน์ยิ่งขึ้นที่จะมีสมาชิกคนหนึ่งทำงานบริหารจัดการ

	ใช่	ไม่ใช่
1. เจ้าหน้าที่ทุกคนในสถานพยาบาลของท่านทราบว่ามีจุดบริการเหล่านี้ และสามารถ		
แนะนำผู้รับบริการ ไปยังจุดนั้นๆ ได้หรือไม่		
- การฝากครรภ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การคลอดบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การดูแลหลังคลอดและการดูแลทารกแรกเกิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การวางแผนครอบครัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การดูแลหลังแท้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การรักษาโรคติดเชื้อระบบสืบพันธุ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การบริการให้คำปรึกษาโรคเอดส์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การบริการให้คำปรึกษาก่อนสมรส / ก่อนมีบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การให้บริการเกี่ยวกับ การมีบุตรยาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การตรวจหามะเร็งปากมดลูก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การตรวจหามะเร็งเต้านม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การรักษาภาวะผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ในผู้ชาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ห้องปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ห้องยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ผู้รับบริการสามารถรับบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ทั้งในสถานพยาบาลของท่าน และ สถานพยาบาลในเครือข่ายได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. สถานพยาบาลของท่านสามารถให้คำปรึกษา รักษา เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ หรือส่งต่อในกรณีที่เกิดขีดความสามารถไปยังสถานพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่าได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. สถานพยาบาลของท่านมีการให้คำปรึกษาเพื่อสอบถามความต้องการอื่นๆ ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของผู้รับบริการวางแผนครอบครัว หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่	ไม่ใช่
5. สถานพยาบาลของท่านมีการบูรณาการบริการวางแผนครอบครัว เข้ากับบริการเกี่ยวกับโรคทางนรีเวช โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลของท่าน สามารถให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้มากกว่า 1 อย่างในการมารับบริการแต่ละครั้งได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. สถานพยาบาลของท่านมีการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังต่อไปนี้หรือไม่		
- เวลาที่เปิดให้บริการสะดวกสำหรับผู้รับบริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะวัยรุ่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- มีบริการฉุกเฉิน ตลอด 24 ชม.ทุกวัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. สถานพยาบาลของท่านมีเจ้าหน้าที่เพียงพอที่จะให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. สถานพยาบาลของท่านมีระบบช่วยเหลือผู้รับบริการ ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการซึ่งเขาต้องการเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ผู้รับบริการดังต่อไปนี้ สามารถเข้าถึงบริการข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษาและบริการต่าง ๆ เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์หรือไม่		
- กลุ่มวัยรุ่นและหนุ่มสาว (ทั้งชายและหญิง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ผู้หญิงทุกกลุ่มอายุโดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรสและการมีบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ผู้ชายทุกกลุ่มอายุโดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรสและการมีบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ผู้รับบริการที่พิการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- กลุ่มคนที่มีฐานะทางสังคมและเชื้อชาติที่แตกต่างกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ผู้รับบริการซึ่งมีพฤติกรรมทางเพศที่หลากหลาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- คู่สมรสและญาติที่มากับผู้รับบริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. สถานพยาบาลของท่านมีการให้บริการ คুমกำเนิดหลังคลอดก่อนกลับบ้าน หรือไม่ (สถานีอนามัยไม่ต้องตอบ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ในการเยี่ยมหลังคลอด สถานพยาบาลของท่านให้บริการทั้งมารดาและทารกพร้อมกันหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ผู้รับบริการเข้าถึงบริการคুমกำเนิดที่เหมาะสมกับความต้องการ สภาพร่างกาย และวัยหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. หญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการแท้ง ได้รับบริการทันทีโดยไม่มีเงื่อนไขว่า หญิงผู้นั้น ต้องรับการทำหมันหรือคুমกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งหรือไม่ (สถานีอนามัยไม่ต้องตอบ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ใช่      ไม่ใช่

15. สถานพยาบาลของท่านให้บริการเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ เอชไอวี และ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่ผู้รับบริการ และคู่ของเขา ดังต่อไปนี้ หรือไม่  
ถ้าไม่ให้บริการ สามารถส่งต่อไปที่อื่น เมื่อผู้รับบริการต้องการรักษา หรือไม่

- ข้อมูลความรู้
- ให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันโรค
- ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ เอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น
- การคัดกรอง
- การวินิจฉัย
- การรักษา

16. ผู้รับบริการที่ต้องการใช้ถุงยางอนามัย สามารถเข้าถึงบริการ ได้หรือไม่

17. ถ้าสถานพยาบาลของท่านไม่สามารถคัดกรองและรักษาความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ เจ้าหน้าที่มีการส่งต่อผู้รับบริการไปสถานพยาบาลอื่น หรือไม่

18. สถานพยาบาลของท่าน มีบริการดังต่อไปนี้ เกี่ยวกับเรื่องมีบุตรยากหรือไม่  
ถ้าไม่มี มีระบบส่งต่อไปรับบริการที่อื่นหรือไม่

- ข้อมูลข่าวสาร
- ให้บริการปรึกษา
- ตรวจคัดกรอง
- วินิจฉัย
- รักษา

19. ก่อนสิ้นสุดการให้บริการ เจ้าหน้าที่ได้ถามถึงบริการอย่างอื่นที่ผู้รับบริการต้องการหรือไม่

20. ผู้รับบริการต่าง CUP สามารถรับบริการใน CUP ของท่านได้ หรือไม่

21. เจ้าหน้าที่ได้มีการกระตุ้นและสนับสนุนให้ชุมชนในเขตรับผิดชอบ รวมกลุ่มกัน  
เพื่อหาปัญหาและแก้ไขปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ หรือไม่

ปัญหา/ข้อเสนอแนะที่ท่านคิดว่าสำคัญ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 3. ลิขิตของผู้รับบริการในการตัดสินใจ หลังจากได้รับรู้ทางเลือก

ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเองจากการพิจารณาที่รอบคอบโดยทราบทางเลือก ข้อมูลและด้วยความเข้าใจการรับรู้ทางเลือกเป็นกระบวนการต่อเนื่องมาตั้งแต่การสนทนาในชุมชน ซึ่งช่วยให้ผู้คนได้รับข้อมูลข่าวสารก่อนที่พวกเขาจะมารับบริการที่หน่วยงาน เป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการที่จะทำให้แน่ใจว่าผู้รับบริการตัดสินใจ โดยการรับรู้ถึงทางเลือก หรือช่วยให้ผู้รับบริการได้รู้เรื่องทางเลือกก่อนตัดสินใจ คณะทำงานชุดนี้ควรมีแพทย์ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร คำปรึกษาและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ใช่    ไม่ใช่

หน่วยงานของท่านให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ดังต่อไปนี้ได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่ม

ผู้รับบริการ และ สถานการณ์หรือไม่

- อนามัยมารดา (สถานอนามัยไม่ต้องตอบ)

- หญิงหลังคลอดได้รับอนุญาตให้อยู่กับทารกในหอผู้ป่วยหลังคลอดหรือไม่
- ผู้คลอดสามารถเลือกวิธีคลอดวิธีใด วิธีหนึ่ง ได้หรือไม่
- สมาชิกในครอบครัวได้รับอนุญาตให้อยู่ด้วยระหว่างการคลอดหรือไม่

- การวางแผนครอบครัว

- มีบริการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร หรือไม่
- มีบริการวางแผนครอบครัวชนิดชั่วคราว หรือไม่
- มีบริการวางแผนครอบครัวฉุกเฉินหรือไม่

- การดูแลหลังแท้ง (สถานอนามัยไม่ต้องตอบ)

- ผู้รับบริการมีโอกาสได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์อื่น หลังจากได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งหรือไม่

- เอชไอวี และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- ผู้รับบริการได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการติดต่อ หรือลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อหรือไม่
- ผู้รับบริการได้รับทราบถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรค เอชไอวี และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

- คำปรึกษา และตรวจเลือด (สถานอนามัยไม่ต้องตอบ)

- หลังให้คำปรึกษา ผู้รับบริการมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อขอรับการตรวจเลือดได้หรือไม่

- ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ (สถานอนามัยไม่ต้องตอบ)

- สถานบริการมีทางเลือกในการรักษาที่หลากหลายให้ผู้รับบริการ หรือไม่

- การมีบุตรยาก

- สถานบริการของท่านให้โอกาสผู้รับบริการนำคู่สมรส มาร่วม ฟังข้อมูล คำปรึกษา และร่วมในการคัดกรองหรือไม่

ใช่ ไม่ใช่

ผู้รับบริการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกของการรักษา หัตถการ และวิธีคุมกำเนิด  
รวมถึงข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก หรือไม่

เจ้าหน้าที่ในสถานบริการกระทำสิ่งต่อไปนี้หรือไม่

- กระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดและถามคำถาม
- รับฟังอย่างตั้งใจและให้เกียรติ ตลอดจนตอบสนองต่อคำถามของผู้รับบริการ
- ร่วมแสดงความคิดเห็นกับผู้รับบริการถึงเป้าหมาย ความต้องการ ตลอดจน  
ทางเลือกที่จะรับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
- ช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยให้ข้อมูลทางเลือกต่างๆอย่างครบถ้วน
- ถามผู้รับบริการว่าเข้าใจข้อมูลที่ให้ชัดเจนแล้วหรือไม่ และช่วยให้ผู้รับบริการ  
ตัดสินใจด้วยตนเอง โดยให้ข้อมูลทางเลือกต่างๆอย่างครบถ้วน

ผู้ให้บริการถามถึงการมีส่วนร่วมของกลุ่มสมรส และสมาชิกในครอบครัว ต่อการตัดสินใจรับ  
บริการหรือไม่

ถ้าผู้รับบริการต้องการยุติการคุมกำเนิดที่ใช้อยู่ เจ้าหน้าที่กระทำสิ่งต่อไปนี้หรือไม่

- พูดคุยถึงเหตุผลของผู้รับบริการที่ต้องการเลิก / เปลี่ยนวิธีคุมกำเนิด
- เสนอทางเลือกอื่นที่เหมาะสม
- ให้ความเคารพต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการ
- เสนอความช่วยเหลือและคำแนะนำ ถ้าผู้รับบริการต้องการตั้งครภ์

ในหน่วยงานของท่านมีการเซ็นยินยอม เพื่อรับการรักษา และรับการผ่าตัดทำหมัน หรือ  
ผ่าตัดอื่นๆ หรือไม่ (สถานีนามัยไม่ต้องตอบ)

หน่วยงานของท่านมีการเก็บใบเซ็นยินยอมเพื่อรับการผ่าตัด และการรักษาไว้ใน  
ระเบียบหรือไม่ (สถานีนามัยไม่ต้องตอบ)

ก่อนการทำหัตถการหรือการรักษา เจ้าหน้าที่ได้สอบถามเพื่อยืนยันความต้องการของ  
ผู้รับบริการหรือไม่ (สถานีนามัยไม่ต้องตอบ)

โดยทั่วไป ผู้รับบริการเรื่องวางแผนครอบครัวได้รับบริการตามวิธีที่เขาต้องการ  
เลือกด้วยตนเอง หรือไม่

โดย

ถ้าผู้รับบริการเลือกวิธีที่หน่วยงานของท่านไม่มีบริการ เจ้าหน้าที่มีการส่งต่อ  
ไปยังหน่วยงานอื่น หรือไม่

ปัญหา/ข้อเสนอแนะที่ท่านคิดว่าสำคัญ

.....

.....

.....

.....

.....

#### 4. สิทธิของผู้รับบริการที่จะได้รับบริการที่ปลอดภัย

ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับบริการที่ปลอดภัย โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญ มีการป้องกันการติดเชื้อ และการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การบริการที่ปลอดภัยหมายถึงการให้บริการอย่างมีหลักการ มีการประกันคุณภาพในหน่วยให้บริการ มีการให้คำปรึกษา และคำแนะนำสำหรับผู้รับบริการ และมีการระวังและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของการรักษาหรือการทำหัตถการ

ข้อสังเกต : บางประเด็นเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการถูกใช้ในคู่มือประเมินตนเองอื่น คู่มือนี้จะเน้นในพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่เพื่อรับรองความปลอดภัยของผู้รับบริการ

คณะทำงานชุดนี้ควรประกอบด้วยผู้รับผิดชอบทางด้าน อนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคทางรีเวช หน่วยบริการเฉพาะเพศชาย และห้องผ่าตัด จึงควรประกอบด้วยบุคลากรที่หลากหลาย เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ แม่บ้านหรือพนักงานรักษาความสะอาด นักบริหาร หรือผู้จัดการเป็นต้น ถ้าหน่วยงานมีบริการการผ่าตัด สมาชิกคนหนึ่งในคณะทำงานชุดนี้ต้องเป็นผู้กรอกรายงาน Record-Review Checklist ทางศัลยกรรม

	ใช่	ไม่ใช่
1. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของท่านให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามคู่มือและ หรือ มาตรฐานการให้บริการที่เป็นปัจจุบัน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือฉุกเฉิน สามารถปรึกษาแพทย์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่หน่วยงานของท่าน หรือ โดยการส่งต่อหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. หน่วยงานมีการเตรียมการดูแลเบื้องต้นแล้วจึงส่งต่อหรือให้การรักษาผู้รับบริการ ที่อยู่ในภาวะครรภ์เป็นพิษ (eclampsia) หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. เจ้าหน้าที่สามารถให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดได้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. เจ้าหน้าที่สามารถทำการแก้ไขให้ฟื้นคืนชีพ ( cardiopulmonary resuscitation, CPR ) และช่วยการหายใจ ( artificially ventilate ) ได้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการหรือไม่ และมีการป้องกันไว้ก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เจ้าหน้าที่รู้วิธีที่จะจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. สำหรับผู้รับบริการที่ต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ : <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบแจ้งผลการตรวจให้ผู้รับบริการทราบหรือไม่</li> <li>- มีผู้รับผิดชอบแจ้งผลการตรวจแก่ผู้รับบริการหรือไม่</li> <li>- เมื่อทราบผลการตรวจแล้ว มีการให้คำปรึกษาและให้การรักษาหรือส่งต่อ เพื่อไปรับคำปรึกษาและรักษายังสถานที่ที่เหมาะสมอื่น หรือไม่</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ผู้รับบริการได้รับการคัดกรองก่อนให้การรักษา ทำหัตถการ ให้ยาหรือให้การคุมกำเนิดหรือไม่(การคัดกรองหมายถึง การซักประวัติการเจ็บป่วยประวัติทางเพศที่เกี่ยวข้องด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ใช่    ไม่ใช่

10. ผู้รับบริการ ได้รับข้อมูลทั้งทางเอกสารและคำแนะนำต่อไปนี้ ทั้งก่อนและหลังการรับบริการหรือไม่
- ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการรักษา ขบวนการรักษา ยา หรือการคุมกำเนิดที่ได้รับ
  - อาการผิดปกติที่ควรมาพบเจ้าหน้าที่
  - สถานที่ที่ต้องไปรับการรักษาในกรณีฉุกเฉินหรือเพื่อตรวจติดตาม
11. เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องรายงานภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหรือไม่
12. เจ้าหน้าที่มีการรายงานภาวะแทรกซ้อนหรือไม่
- (ประเด็นในการพูดคุย เช่น รายงานอย่างไร และเมื่อใด ฯลฯ)
13. มีกำหนดการประชุมอย่างสม่ำเสมอของเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์และอภิปรายถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมถึงสถิติการให้บริการต่างๆหรือไม่ มีการเก็บรายงานการประชุมไว้หรือไม่(โปสเตอร์บุ ทุก .....สัปดาห์หรือเดือน)
14. การประชุมทบทวนถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้น มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงบริการหรือไม่ อย่างไร
- การปฏิบัติการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ**
15. สถานบริการมีความสะอาดตลอดเวลาหรือไม่
16. เจ้าหน้าที่ใช้คู่มือและ หรือ มาตรฐาน ป้องกันการติดเชื้อที่ทันสมัยปัจจุบันหรือไม่ และมีการปฏิบัติตามคู่มือและ หรือ มาตรฐาน เพื่อปกป้องผู้รับบริการและตนเองจากการติดเชื้อหรือไม่
17. เจ้าหน้าที่ล้างมือด้วยสบู่และน้ำที่ไหลจากก๊อกในสถานการณ่ต่อไปนี้หรือไม่
- ก่อนและหลังการให้บริการรวมถึงการตรวจร่างกาย
  - หลังการจับต้องสิ่งสกปรก
  - หลังการใช้ห้องน้ำ
18. มีการใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยา(syringe)ประเภทใช้แล้วทิ้งหรือไม่ สำหรับเข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยา(syringe)ที่นำกลับมาใช้ใหม่ผ่านการฆ่าเชื้อโรคอย่างดีแล้วหรือไม่
19. มีการทิ้งเข็มและของมีคมในภาชนะที่ทนทานต่อการทะลุทันทีหลังการใช้หรือไม่
20. เครื่องมือที่นำกลับมาใช้ใหม่ ได้ผ่านการทำให้สะอาดปราศจากเชื้อ ตามมาตรฐานของสถานพยาบาลหรือไม่
21. เครื่องมือทุกชิ้นถูกเก็บในสภาพที่แห้งสนิทหรือไม่
22. เจ้าหน้าที่มีการสวมถุงมือชนิดที่ทนทานงานหนักในการทำความสะอาดเครื่องมือที่ใช้แล้ว และในสถานการณ่ต่อไปนี้หรือไม่
- เมื่อหยิบจับสิ่งสกปรกจากการให้บริการ
  - เมื่อทำความสะอาดสถานที่

	ใช่	ไม่ใช่
23. เครื่องมือถูกทำความสะอาดในลักษณะที่แตกต่างหากหรือไม่? (เช่น อ่างหรือถังที่แยกออกจากที่ใช้ล้างมือ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. เติงตรวจ หรือ เติงผ่าตัด ถูกเช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ หลังการใช้งานอย่างเหมาะสมหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ขยะติดเชื้อถูกเก็บอย่างปลอดภัยและทำลายโดยการฝังหรือเผาหรือไม่ ไม่ว่าจะทำโดยเทศบาลหรือเอกชนผู้รับเหมาก็ตาม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ในการให้บริการใช้เทคนิคปราศจากเชื้อหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. หลีกเลี่ยงการโกนขนบริเวณที่จะทำผ่าตัดหรือไม่ (สถานีอนามัยไม่ต้องตอบ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ในการตรวจภายใน : เจ้าหน้าที่กระทำดังต่อไปนี้ หรือไม่		
- สวมถุงมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ใช้เครื่องมือตรวจที่สะอาดผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. สวมผ้ากันเปื้อนเพื่อป้องกันเลือด หรือน้ำคัดหลั่งจากผู้รับบริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>การให้บริการอนามัยแม่</b>		
<u>การฝากครรภ์</u>		
30. เจ้าหน้าที่แนะนำให้ผู้ถึงสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preclampsia) การติดเชื้อ การคลอดก่อนกำหนด การคลอดติดขัด หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับการคัดกรองหาโรคติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ เอชไอวี โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือไม่ และเมื่อพบได้ให้การรักษา / ส่งต่อ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับยาบำรุงหรือไม่ (ยาเสริมธาตุเหล็ก วิตามินเอ โฟลิกแอตติค หรือสาร ไอโอดีน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบตามเกณฑ์หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ในพื้นที่ซึ่งพบเชื้อไข้มาลาเรีย พยาธิปากขอ หรือวัณโรค บ่อย หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเหล่านี้และได้รับการรักษาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>การคลอด (สถานีอนามัยไม่ต้องตอบ)</u>		
35. ผู้มาคลอดบุตรได้รับการประเมินสถานการณ์การคลอดอย่างรวดเร็ว เมื่อมาถึงสถานบริการหรือไม่ และรายที่ฉุกเฉินได้รับการรักษาโดยด่วนหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. เจ้าหน้าที่ทำความสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 6 สิ่งต่อไปนี้ หรือไม่		
- มือและเล็บของผู้ให้บริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เนินหัวหน้า (perineum) ของผู้รับบริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- พื้นที่สำหรับการคลอดบุตร (delivery surface)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- กรรไกร หรือมีดที่ใช้ตัดสายสะดือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- บริเวณรอยตัดและผูกสายสะดือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่	ไม่ใช่
- อุปกรณ์ที่ใช้ในการคลอด รวมถึงผ้าสะอาดห่อตัวเด็กและเสื้อผ้าสะอาดของแม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. เจ้าหน้าที่ทำสิ่งต่อไปนี้ได้หรือไม่ (สถานีอนามัยไม่ต้องตอบ ข้อ 37-44)		
- เย็บแผลฉีกขาดของปากมดลูก ช่องคลอด หรือฝีเย็บ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ล้วงรก (Manually remove a placenta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ให้น้ำเกลือทางเส้นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- คลึงมดลูกให้หดตัวด้วยมือ ทั้งสองข้าง ( bimanual uterine compression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. เจ้าหน้าที่สามารถแก้ไขภาวะเด็กคลอดติดไหล่ ( หลังศีรษะออกมาแล้ว ) อย่างทันที่วงที่ ได้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. แพทย์สามารถใช้เครื่องมือช่วยคลอดได้อย่างปลอดภัยหรือไม่ เช่น คีม (forceps) หรือ เครื่องดูดสุญญากาศ ( vacuum extraction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. แพทย์สามารถทำการผ่าตัดช่วยคลอดฉุกเฉิน ได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้มีระบบส่งต่อ เตรียมพร้อมไว้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. เจ้าหน้าที่ใช้แบบฟอร์มรายงานความก้าวหน้าของการคลอดหรือกราฟ (labor progress charts or graphs) ได้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. เจ้าหน้าที่สามารถวินิจฉัยและ แก้ไข เมื่อการคลอดไม่ก้าวหน้าได้หรือไม่ (รวมถึงการใช้ยาเร่งคลอดอย่างเหมาะสม)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. เจ้าหน้าที่ ทราบวิธีป้องกัน วินิจฉัยและให้การรักษา ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกให้ยาช่วยการหดตัวของมดลูก oxytocin และ methergine ( ด้วยข้อบ่งชี้ วิธีให้ และขนาดที่เหมาะสม )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. แพทย์สามารถรักษาโรครครรภ์เป็นพิษ (toxemia) ได้หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้ ยา magnesium sulphate หรือ diazepam (ด้วยข้อบ่งชี้ วิธีให้ และขนาดที่เหมาะสม )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>การดูแลแม่และเด็กหลังคลอด (สถานีอนามัยไม่ต้องทำข้อ 45-49)</u>		
45. เจ้าหน้าที่สามารถให้การบริบาลทารกได้หรือไม่ (เช่นการช่วยหายใจเด็ก / แก้เด็ก ดูแลสายสะดือ ให้ความอบอุ่น และหยอดตาเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. เจ้าหน้าที่สามารถประเมินสภาพเด็กแรกคลอดและ ช่วยแก้เด็กกรณีฉุกเฉิน ได้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. เด็กแรกคลอดทุกคนได้รับการป้องกันไม่ให้ติดเชื้อหรือไม่ (เช่น การใช้ยาป้ายตา tetracycline , erythromycin หรือยาหยอดตา silver nitrate )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. มีการนำลูก เข้าไปให้แม่ออดทันทีหลังคลอดหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. แม่ได้รับการสนับสนุนให้ลูกดูดนมแม่โดยเร็วหรือไม่ และ การอยู่ร่วมห้องกับแม่คนอื่นๆ มีส่วนกระตุ้นเรื่องนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. มีการจัดระบบให้ดูแลแม่หลังคลอด 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และหนึ่งสัปดาห์ หลังคลอด หรือไม่(อาจจะทำที่โรงพยาบาล คลินิก หรือ ที่บ้านก็ได้)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ใช่ ไม่ใช่

สำหรับการให้บริการวางแผนครอบครัว (สถานอนามัยไม่ต้องตอบข้อ 52-55, 58-60)

51. เจ้าหน้าที่คัดกรองผู้รับบริการวางแผนครอบครัวตามคู่มือและ หรือ มาตรฐาน  
ที่เป็นปัจจุบัน หรือไม่
52. ผู้หญิงที่ต้องการใส่ห่วงคุมกำเนิด เจ้าหน้าที่ ประเมิน โอกาสที่จะติดเชื้อทางอวัยวะสืบพันธุ์  
เอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการซักประวัติอย่างละเอียด และตรวจร่างกาย  
หรือไม่ รายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้รับการทดสอบ รักษา และ คำแนะนำ  
ให้เลือกรักษาคุมกำเนิดอื่นหรือไม่
53. ก่อนการใส่ห่วง เจ้าหน้าที่ประเมินขนาดและตำแหน่งของมดลูกหรือไม่
54. เจ้าหน้าที่ ใช้เทคนิคการใส่ห่วงอนามัยที่เหมาะสมกับห่วงแต่ละชนิด และสำหรับ  
ช่วงเวลาที่แตกต่างกัน (เช่น ระยะเวลาห่างรอบเดือน ,หลังคลอด , หลังแท้ง) ใช่หรือไม่
55. เจ้าหน้าที่ให้การดูแลอย่างเหมาะสมเมื่อเกิดภาวะติดเชื้อหลังใส่ห่วงอนามัย หรือ  
ห่วงอนามัยหลุดใช่หรือไม่
56. เจ้าหน้าที่ใช้เทคนิคที่ถูกต้องในการฉีดยาคุมกำเนิดหรือไม่
57. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำที่ถูกต้องในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย ใช่หรือไม่
58. เจ้าหน้าที่ใช้เทคนิคที่ถูกต้องในการฝังยาคุมกำเนิดหรือไม่
59. สถานบริการมีการป้องกันปัญหาที่พบได้บ่อยเมื่อถอดยาฝังคุมกำเนิดหรือไม่ (เช่น  
การถอดยาก , หลอดยาแตก , ไม่สามารถถอดหลอดยาได้หรือต้องมาถอดหลายครั้ง)
60. ในสถานบริการมีเครื่องดูดสูญญากาศ (MVA) ใช้เพื่อรักษาการแท้งไม่ครบหรือไม่  
หากมีใช้แทนเครื่องมือขูดมดลูก (sharp curettage) หรือไม่
61. ถ้ามีผู้หญิงซึ่งเกิดโรคแทรกซ้อนจากการแท้ง แต่ไม่สามารถให้การรักษาในสถาน  
บริการของท่านได้ ท่านมีระบบให้การพยาบาลเบื้องต้นแล้วส่งไปรักษาต่อสถาน  
บริการอื่น โดยทันที หรือไม่

การผ่าตัด (เช่น ผ่าตัดเล็กทางหน้าท้อง การส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง การผ่าตัดทางนรีเวช  
อื่นๆ และการผ่าตัดทำหมันชาย) (สถานอนามัยไม่ต้องตอบข้อ 62-76)

62. มีการคัดกรองผู้รับบริการ โดยซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสัญญาณชีพ (ชีพจร  
ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย) และตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามความจำเป็นหรือไม่
63. ก่อนการผ่าตัด เจ้าหน้าที่แน่ใจว่าได้ทำสิ่งต่อไปนี้ ใช่หรือไม่
- ผู้รับบริการ ถูกยึด ตรึง ไว้อย่างเหมาะสม
  - แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ตรวจผู้รับบริการ
  - แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดและผู้ช่วยใส่เสื้อคลุม และใส่ถุงมือ อย่างถูกต้อง
  - อนุญาตเฉพาะคนที่จำเป็นเท่านั้นให้อยู่ในห้องผ่าตัด
  - ทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัดด้วยสบู่และน้ำ

	ใช่	ไม่ใช่
- เชื่อบริเวณที่จะผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ โดยเริ่มจากตำแหน่งที่ลงมีดออกไปด้านข้าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ห้องผ่าตัด ถูกทำความสะอาด เมื่อเสร็จสิ้นจากการผ่าตัดครั้งก่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- มียา เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ที่จำเป็น ที่ไม่หมดอายุการใช้งานและ ใช้การได้ พร้อมอยู่ในห้องผ่าตัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- มียา เครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับภาวะฉุกเฉินที่ไม่หมดอายุการใช้งานและ ใช้การได้ อยู่ในห้องผ่าตัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. ยานาเฉพาะที่ นิยมใช้ ในการผ่าตัดต่อไปนี้หรือไม่		
- การทำหมันหญิง โดยวิธีผ่าตัดเล็กทางหน้าท้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การรักษาแท้งไม่ครบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การผ่าตัดทำหมันชาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. ถ้ามีการใช้ยาสลบ เจ้าหน้าที่สามารถใช้อย่างถูกต้อง หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. เจ้าหน้าที่ทราบขนาดสูงสุดที่ให้ได้อย่างปลอดภัยของยาสลบและยาอื่น ๆ ที่ใช้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. เจ้าหน้าที่ทราบและตระหนักถึงอาการแสดงของยาสลบที่เกินขนาดหรือไม่ และทราบวิธีแก้ไขเมื่อให้ยาสลบเกินขนาด หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. สำหรับการผ่าตัดช่องท้องทุกราย ท่านได้บอกผู้รับบริการให้ปัสสาวะก่อนการผ่าตัด หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่อผู้รับบริการ ศัลยแพทย์ได้ทำการผ่าตัดอย่างระมัดระวัง ด้วยความนุ่มนวล ใช้เทคนิคการผ่าตัดที่ถูกต้อง มีการทำลายเนื้อเยื่อน้อยที่สุด เอาใจใส่ในเรื่องการห้ามเลือด และใช้เครื่องมือต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. มีการตรวจสอบสัญญาณชีพของผู้รับบริการทั้งก่อน ระหว่างและหลังการผ่าตัด หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. ข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณชีพ และการใช้ยาได้รับการบันทึกอย่างสมบูรณ์ ถูกต้อง และชัดเจนในรายงานของผู้รับบริการ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. เจ้าหน้าที่ทราบว่าทำอะไร ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัด ใช่หรือไม่ (เช่น การผ่าตัดถูกกระเพาะปัสสาวะหรือ ลำไส้ได้รับบาดเจ็บ หัวใจและระบบหายใจ ถูกกด เลือดออกมาก) และมีระบบส่งต่อเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. ภายใน 2 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัด มีการติดตามวัดสัญญาณชีพ ของผู้รับบริการ และ ตรวจสอบว่ามีเลือดออกที่ไหนอีก ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. ก่อนการจำหน่าย เจ้าหน้าที่ได้ประเมินผู้รับบริการว่า สามารถรับประทานอาหาร ยืน เดิน ถ่ายปัสสาวะเองได้ และให้คำแนะนำหลังการผ่าตัดอีกครั้ง หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. ถ้ามีการใช้ยานอนหลับหรือยาสลบกับผู้รับบริการที่ไม่ได้ค้างคืน เจ้าหน้าที่แน่ใจว่า มีคนพาผู้รับบริการกลับบ้าน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. ผู้รับบริการทุกรายได้รับคำแนะนำหลังการผ่าตัด ทั้งโดยคำพูดและเอกสารใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## 6. สิทธิของผู้รับบริการ ในการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี มีความสะดวกสบายและออกความคิดเห็นได้

ผู้รับบริการทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติด้วยการเอาใจใส่และนับถือ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จำเป็นต้องทำให้ผู้รับบริการมีความสะดวกสบายเท่าที่จะให้ได้ในระหว่างการรักษา ผู้รับบริการต้องได้รับการสนับสนุนให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระแม้ว่าความคิดเห็นนั้นจะแตกต่างกับผู้ให้บริการก็ตาม คณะทำงานชุดนี้ ควรประกอบด้วย เจ้าหน้าที่หลากหลายที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งผู้ให้บริการ ผู้ให้คำปรึกษา พนักงานต้อนรับ พนักงานเปิดปิดประตู และ ยาม

	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้รับบริการและญาติได้รับการต้อนรับ และพูดคุยอย่างสุภาพใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เจ้าหน้าที่ทุกคน (ตั้งแต่ยาม พนักงานต้อนรับ เจ้าหน้าที่ฝ่ายการแพทย์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหาร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่ห้องยา) ปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยความสุภาพ อ่อนโยน เอาใจใส่ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ผู้รับบริการมีโอกาสให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการให้ดีขึ้นใช่หรือไม่ (เช่น กล่องรับความคิดเห็น การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ การสัมภาษณ์ผู้รับบริการ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. เจ้าหน้าที่ได้รับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ ทุกประเด็น ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ถ้ามีการสนทนาในรายละเอียดกับผู้รับบริการ ได้เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการร่วมแสดงความคิดเห็นด้วยใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ยินยอมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพกรณีผู้รับบริการร้องขอใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เจ้าหน้าที่ทำการตรวจร่างกายและให้การรักษาผู้รับบริการ ด้วยความสุภาพคำนึงถึงศักดิ์ศรี และความสบายใจของผู้รับบริการ(รวมถึงเรื่องการใช้ผ้าคลุมปกปิดร่างกายอย่างเหมาะสม และอธิบายขั้นตอนต่างๆของการตรวจและการรักษา) ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 7. สิทธิของผู้รับบริการในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผู้รับบริการทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการ ได้รับสิ่งสนับสนุน ได้รับการส่งต่อและได้รับการตรวจและติดตามที่จำเป็นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้คงสุขภาพที่ดี คณะทำงานชุดนี้ควรประกอบด้วยผู้ให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ฝ่ายอุปถัมภ์และเวชภัณฑ์ และผู้ทำงานภาคสนามและงานในชุมชน

	ใช่	ไม่ใช่
1. ในการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพทุกชนิด ผู้รับบริการได้รับคำแนะนำในเรื่อง		
- เมื่อไรควรกลับมารับการตรวจอีกครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ถ้ามีปัญหาหรือกังวลจะกลับมาอีกเมื่อไรก็ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ท่านได้ให้คำแนะนำสิ่งที่จะต้องทำเมื่อผู้รับบริการเกิดปัญหาหรือมีสัญญาณเตือนถึงความผิดปกติ ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. การนัดเวลาตรวจติดตามได้คำนึงถึงความสะดวกของผู้รับบริการด้วยใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. สถานบริการมีระบบให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกในการส่งต่อไปตรวจที่แผนกต่าง ๆ ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. เมื่อผู้รับบริการมาจากต่างพื้นที่ ท่านได้ให้คำแนะนำให้ไปตรวจติดตามผลที่สถานพยาบาลใกล้บ้านใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. สถานบริการของท่านมีวัสดุทางการแพทย์และยาสำรองที่มีคุณภาพในปริมาณที่มากพอที่จะใช้เพื่อการรักษา การคุมกำเนิด การทดสอบทางห้องปฏิบัติการและอื่นๆ ได้โดยไม่ต้องเสียเวลารอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความรู้เรื่องยาหรือเวชภัณฑ์ที่ทดแทนกันได้ กรณีที่ยาหรือเวชภัณฑ์อย่างหนึ่งอย่างใดหมดไป (เช่น ยารักษาโรคติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ วัณโรคคุมกำเนิด รวมถึง วิถีใช้ยาคุมฉุกเฉิน และยาสลบ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. สำหรับผู้รับบริการที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
- มีระบบแจ้งผลการตรวจให้ผู้รับบริการทราบ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- มีการระบุผู้รับผิดชอบในการแจ้งผลการตรวจแก่ผู้รับบริการ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เมื่อทราบผลการตรวจแล้ว มีการให้คำปรึกษาและการรักษาเลย หรือส่งต่อเพื่อไปรับ คำปรึกษาและรักษายังสถานที่เหมาะสมอื่น หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. เวชระเบียนและรายงานสุขภาพของผู้รับบริการ ได้รับการบันทึกอย่างถูกต้องครบถ้วน โดยมีข้อมูลที่สำคัญเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ผู้รับบริการวางแผนครอบครัว และผู้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สามารถใช้วิธีคุมกำเนิด หรือใช้ยา ที่เลือกอย่างต่อเนื่องได้ โดยไม่มีปัญหาหรือคอยนาน หรือขาดแคลน ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 8. ความต้องการของเจ้าหน้าที่ที่จะได้รับการนิเทศและการบริหารจัดการ

เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการบริหาร รักษาสุขภาพทำงานได้ดีที่สุดในสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้นิเทศและผู้จัดการ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการนิเทศ ช่วยให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้ดี จึงตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ คณะทำงานชุดนี้ตามแนวทางนี้ควรจะรวมผู้บริหารผู้จัดการ รวมถึงผู้ให้บริการด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ และฝ่ายสนับสนุน

	ใช่	ไม่ใช่
1. สถานบริการของท่านมีนโยบายเน้นงานบริการที่มีคุณภาพหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. สถานบริการของท่านมีการส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. สถานบริการของท่านมีการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. สถานบริการของท่านมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. สถานบริการของท่านมีตารางปฏิบัติงานที่ชัดเจนหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ผู้นิเทศมีการตรวจเยี่ยมและให้ข้อเสนอแนะระหว่างการตรวจเยี่ยมหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. มีการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. มีระบบการจัดเก็บรายงาน ส่งรายงาน ตรงเวลาหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. มีการวิเคราะห์และสรุปผลงานเพื่อพัฒนาบริการอย่างสม่ำเสมอหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. มีระบบบันทึกและวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดจากการให้บริการ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. รายงานต่อไปนี้มีกรบันทึกอย่างถูกต้องและได้รับการตรวจจาก  
ผู้นิเทศหรือไม่

	บันทึก		ตรวจ	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
- รายงานการคลอด พร้อมพาร์โทกราฟ (กราฟแสดงความก้าวหน้าของการคลอด)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เวชระเบียน ซึ่งมีบันทึกรายงานเกี่ยวกับผู้รับบริการ และใบเซ็นยินยอมรับการรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- สมุดลงทะเบียนของหอผู้ป่วยหรือคลินิก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ทะเบียนการทำผ่าตัด (Operating theater register)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- บันทึกของห้องปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- รายงานภาวะแทรกซ้อนต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- บันทึกการตายและแบบฟอร์มรายงานการตาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- แบบฟอร์มโรคที่ต้องรายงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- แบบฟอร์มรายชื่อเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่	ไม่ใช่
12. สถานบริการของท่านมีและใช้คู่มือชี้แจงการจัดเก็บรายงานหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมและฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ผู้นิเทศสำรวจความต้องการด้านความรู้ของเจ้าหน้าที่ เพื่อจัดทำแผนการฝึกอบรมและ ศึกษาต่อเนื่องหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ผู้นิเทศมีการสุ่มตรวจสอบเจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ว่าได้ปฏิบัติตามคู่มือที่มีความเป็นปัจจุบัน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. เจ้าหน้าที่มีการประสานงาน และส่งต่อผู้รับบริการกับสถานบริการที่เกี่ยวข้องหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. เจ้าหน้าที่ให้เกียรติและให้ความสำคัญกับผู้ร่วมงานทุกระดับหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. มีการจัดระบบการให้บริการตามภารกิจต่อไปนี้หรือไม่		
- การให้คำปรึกษา (เช่น อธิบายวิธีการศึกษา ให้กำลังใจ ช่วยเหลือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและบริการอนามัยเจริญพันธุ์อื่นๆของสถานบริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การให้สุขศึกษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การประสานบริการและการส่งต่อผู้รับบริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การจัดระบบจัดเก็บรายงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การควบคุมและนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงงานที่ห้องปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- รักษาสัมพันธภาพกับชุมชน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ผู้นิเทศร่วมกับเจ้าหน้าที่ประเมินความพร้อมของสถานบริการอย่างสม่ำเสมอในเรื่อง ต่อไปนี้		
- ยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- สถานที่ให้บริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. สถานบริการมีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ผู้นิเทศได้สนับสนุนคู่มือการปฏิบัติงานที่ เป็นปัจจุบัน แก่ผู้ให้บริการหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ปัญหา/ข้อเสนอแนะที่ท่านคิดว่าสำคัญ**

.....

.....

.....

.....

.....

## 9. ความต้องการของเจ้าหน้าที่ที่จะได้รับข่าวสาร การฝึกอบรม และการพัฒนา

เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารสุขภาพต้องการความรู้ ทักษะ การฝึกอบรมต่อ และโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้ที่ทันสมัยและเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

คณะทำงานชุดนี้ควรประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นตัวแทนจากทุกหน่วยงานในสถานบริการ

ใช่    ไม่ใช่

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. เจ้าหน้าที่ทุกคน ได้รับความรู้ในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่  |                          |                          |
| - ความจำเป็นของการให้บริการที่มีคุณภาพ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - การบริการสุขภาพด้านต่างๆ ที่มี ณ สถานบริการ   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - การป้องกันการติดเชื้อในการให้บริการ   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ได้รับความรู้ในการปฏิบัติงานในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่   |                          |                          |
| - อวัยวะในระบบสืบพันธุ์ และการทำงาน   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - สัญญาณเตือนระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - การวางแผนครอบครัว วิธีคุมกำเนิดแบบต่างๆ และวิธีใช้ รวมถึงวิธีคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - การติดต่อและป้องกัน เชื้อ เอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ความสำคัญของการป้องกัน ทั้งการตั้งครรภ์และการติดเชื้อ   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - อนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับเพศหญิงและเพศชาย รวมถึงการติดเชื้อของอวัยวะในระบบสืบพันธุ์  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - การดูแลหลังแท้งบุตร   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ (เช่น ระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โรคช่องเชิงกรานอักเสบ)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - การแก้ไขภาวะแทรกซ้อนและภาวะฉุกเฉินทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - มาตรฐานและวิธีการป้องกันการติดเชื้อ   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - เรื่องอื่นๆ เกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพ เช่น ภาวะโภชนาการและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - การจัดเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนและการตาย รวมทั้งการรายงาน  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. เจ้าหน้าที่ศึกษาความรู้ต่างๆจากคู่มืออนามัยการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวหรือไม่   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. เจ้าหน้าที่ได้เข้าร่วมในกิจกรรมประเมินความต้องการการเรียนรู้ของตนเอง และของเพื่อนร่วมงานหรือไม่  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. เจ้าหน้าที่ได้เข้าร่วมในการฝึกอบรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอหรือไม่ เพื่อเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ หรือเพื่อคงไว้หรือพัฒนาทักษะที่มีอยู่เดิม (เช่น ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาสถานบริการได้ให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบัน ในเรื่องทักษะการให้คำปรึกษาการรักษา หรือ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	ใช่	ไม่ใช่
วิธีป้องกันการติดเชื้อหรือไม่)		
6. เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้คำปรึกษาปัญหาทางเพศแก่ผู้รับบริการหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. เจ้าหน้าที่มีทักษะในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ต่อไปหรือไม่		
- หญิงตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- หญิงให้นมบุตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- หญิงหลังคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- หญิงวัยใกล้หมดและหมดประจำเดือนแล้ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- หญิงซึ่งมารับการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการแท้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ผู้ที่มารับบริการเกี่ยวกับ เอชไอวี โรคติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วัยรุ่นและเยาวชน (ทั้งเพศชาย และหญิง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ผู้ชายทุกกลุ่มอายุ (โดยไม่คำนึงถึงสภาพสมรส หรือการมีบุตร)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ผู้หญิงทุกกลุ่มอายุ (โดยไม่คำนึงถึงสภาพสมรส หรือการมีบุตร)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ผู้พิการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ประชาชนทุกระดับและเชื้อชาติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมทางเพศที่หลากหลาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เชื้อความรุนแรงทางเพศ และ ความรุนแรงในครอบครัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. เจ้าหน้าที่ให้การดูแลต่อเนื่องครบถ้วน ทุกขั้นตอนหลังให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. มีการประเมินและพัฒนาทักษะทางเทคนิคการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อย่างสม่ำเสมอ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. เจ้าหน้าที่ในห้องคลอดใช้พาร์โตกราฟ(กราฟติดตามดูความก้าวหน้าของการคลอด) เป็นหรือไม่ (สถานอนามัยไม่ต้องตอบ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ผู้ให้บริการได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการในหัวข้อดังต่อไปนี้หรือไม่		
- อบรมการใส่ห่วงอนามัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- อบรมการฝังยาคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- อบรมการทำหมันหญิง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- อบรมการทำหมันชาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 10. ความต้องการของเจ้าหน้าที่ที่จะมีวัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ

เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพต้องมีวัสดุที่จำเป็น เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้การได้ในปริมาณที่เพียงพอ ตลอดถึงโครงสร้างของการทำงานที่รับประกันได้ว่าการบริการด้วยคุณภาพสูงจะไม่เกิดการสะดุด  
ขณะทำงานชุดนี้ควรประกอบด้วย ผู้ให้บริการในด้านงานอนามัยการเจริญพันธุ์ (เช่น แพทย์ หรือพยาบาล) พยาบาล ห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลและจัดซื้อวัสดุ รวมถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายงบประมาณซึ่งมีอำนาจที่จะเปลี่ยนวัสดุหรือปริมาณที่จะสั่งซื้อได้

	ใช่	ไม่ใช่
1. สถานบริการมีระบบสาธารณูปโภคที่เพียงพอ และสะดวกแก่การให้บริการหรือไม่		
- น้ำดื่ม/น้ำใช้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- แหล่งผลิตไฟฟ้าที่เชื่อถือได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- เครื่องปรับอากาศ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- แสงสว่าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. สถานบริการมีการจัดทำแผนและซ่อมอุปกรณ์หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ระหว่าง 6 เดือน ที่ผ่านมสถานบริการมีสิ่งต่อไปนี้เพียงพอกับความต้องการหรือไม่		
- ยาและเวชภัณฑ์อื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- งบประมาณ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. สถานบริการมีระบบที่สมบูรณ์ในการบริหารวัสดุ ยา และเวชภัณฑ์ต่อไปนี้ หรือไม่		
- ยึดกฎที่ว่าหมดอายุก่อนจ่ายออกก่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ตรวจสอบเวชภัณฑ์และยาคุมกำเนิดทั้งหมดที่สำรองไว้ว่ายังไม่หมดอายุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ตรวจสอบ ยา เวชภัณฑ์วัสดุที่มีอยู่ในคลังอย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- มีระบบที่ทำให้ได้รับวัสดุใหม่โดยเร็ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และวัสดุต่างๆ ถูกเก็บรักษาให้คงสภาพดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- มีระบบจัดหา รักษาสภาพ และซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. สถานบริการมีระบบการป้องกันการติดเชื้อโดยจัดอุปกรณ์ต่อไปนี้หรือไม่		
- มีอ่างล้างมือที่สะดวกใช้ในห้องตรวจ ห้องรักษาและห้องผ่าตัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- แยกอ่างล้างมือและอ่างล้างเครื่องมือออกจากกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- มีน้ำ ภาชนะ อุปกรณ์ และผงซักฟอก เพียงพอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ของมีคม มีภาชนะสำหรับใส่ / มีระบบการทำลายที่ถูกต้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- อุปกรณ์ทำให้ปลอดเชื้อ(Sterilization)หรือฆ่าเชื้ออย่างมีมาตรฐาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วัสดุต่างๆ เช่น ถุงมือ เข็ม กระบอกยา และน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ที่เพียงพอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. สถานบริการมีการตรวจและคัดกรองดังต่อไปนี้ โดยมีการจัดเครื่องมือเครื่องใช้ไว้เพียงพอใช่หรือไม่

(ก) ทำการตรวจ (ข) จัดเก็บรักษาตัวอย่างไว้ ค) วิเคราะห์ตัวอย่างหรือส่งต่อ

	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
- ความเข้มข้นของเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- การตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- หาเชื้อ เอชไอวี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- วิเคราะห์ อสุจิ (Sperm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ใช่ ไม่ใช่

7. สถานบริการมีการจัดเตรียมสถานที่เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่

8. สถานบริการมีคู่มือการให้บริการ และตำราวิชาการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์หรือไม่

ใช่  ไม่ใช่

9. สถานบริการได้มีการจัดทำข้อมูล สถิติ การให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อช่วยในการทำงานหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่

10. สถานบริการมีมุมวิชาการสำหรับเจ้าหน้าที่ศึกษาค้นคว้าด้วยตัวเองหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่

ข้อเสนอแนะที่ท่านคิดว่าสำคัญ

.....

.....

.....

.....



