

แบบนิเทศและตรวจประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ.....

ข้อมูลทั่วไป

ประเมินครั้งที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาล / สถานพยาบาล / คลินิก.....

สถานที่ตั้งเลขที่.....ซอย/ถนน.....แขวง.....เขต.....

กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพให้ระบุทั้งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา(Full time)และบางเวลา(part time)

1. นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

2. นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

3. นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

4. นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

5. นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

ด้านงานบริการ

งาน/ กิจกรรม	แนวทางการพิจารณา	กา x ทัชช่อง คะแนน		ข้อสังเกต / เงื่อนไข การปรับปรุง
		ครั้งที่1	ครั้งที่2	
การบริการอนามัยมารดา: การดูแลระยะตั้งครรภ์				
1. จัดคลินิกฝากครรภ์	***กรณีเป็นโรงพยาบาล*** - มีการจัดสถานที่แยกออกมาชัดเจนจากสถานที่ให้บริการทั่วไปหรือจัดแยกตามช่วงเวลาโดยไม่มีผู้รับบริการอื่น - มีป้ายแสดงบอกสถานที่และ/หรือเวลาเฉพาะสำหรับการบริการฝากครรภ์	0	0	
		1	1	
		2	2	
	กรณีเป็นคลินิก - มีตารางกิจกรรมประจำวัน (บันทึกข้อมูลประจำวัน)	0	0	
		1	1	
		2	2	
2. จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ให้พอเพียงสำหรับการปฏิบัติงาน	- มีอุปกรณ์ให้บริการตามมาตรฐานการดูแลครรภ์ (หูกฟัง เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต อุปกรณ์สำหรับวัดมดลูก แถบตรวจปัสสาวะสำหรับการตรวจการตั้งครรภ์) และตรวจสอบสภาพอุปกรณ์และวันหมดอายุให้พร้อมใช้งาน	0	0	
		1	1	
		2	2	
3. ให้การดูแลก่อนคลอดแม่ โดยการ ใช้สมุดบันทึกการฝากครรภ์ ชักประวัติตรวจร่างกายตรวจครรภ์ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานการฝากครรภ์ชนิดวัดขึ้นตามโปรแกรมจ่ายยาบำรุงโลหิตให้คำแนะนำตามปัญหาการนัดการส่งต่อและการติดตาม	- มีและใช้สมุดบันทึกการฝากครรภ์ครบถ้วน (ตามคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานบริการฝากครรภ์เพื่อครรภ์คุณภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร) - พิจารณาจากเอกสารหลักฐานการบันทึกกิจกรรมการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ข้อมูลการส่งต่อและติดตาม	0	0	
		1	1	
		2	2	
4. มีการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส[๒]	- พิจารณาจากคู่มือการปฏิบัติงานหรือ Clinical practice guideline และ/หรือระบบการส่งต่อ - พิจารณาจากเอกสารหลักฐานการบันทึกข้อมูลการคัดกรอง เช่น ใบรายงานผลทางห้องปฏิบัติการการวินิจฉัยภาวะเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินงาน	0	0	
		1	1	
		2	2	

อธิบายความ

[1] การดูแลก่อนคลอดอ้างอิง “คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานบริการฝากครรภ์เพื่อครรภ์คุณภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร”

[2] การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียอ้างอิง “แนวปฏิบัติบริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพประชากรตามกลุ่มวัย :แนวปฏิบัติบริการสุขภาพ
ด้านส่งเสริมสุขภาพกลุ่มหญิงมีครรภ์”

งาน/ กิจกรรม	แนวทางการพิจารณา	กา x ทับช่องคะแนน		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง
		ครั้งที่1	ครั้งที่2	
การบริการอนามัยมารดา: การดูแลระยะตั้งครรภ์				
5. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนโดยทันตแพทย์	- ไปส่งต่อและทะเบียนการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ให้คลินิกทันตกรรม - ทะเบียนหญิงฝากครรภ์ของคลินิกฝากครรภ์ - ทะเบียนการให้บริการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและส่งเสริมสุขภาพช่องปากของคลินิกทันตกรรม - อุปกรณ์การสอนการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี (โมเดลฟันและแปรงสีฟัน) - เอกสารแผ่นพับให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์สำหรับแจกให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ	0	0	
		1	1	
		2	2	
6. ให้บริการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์อายุครรภ์ที่กำหนด[3] ตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	- พิจารณาจากสถิติข้อมูลการฝากครรภ์ทั้งหมดตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนครบกำหนด - พิจารณาจากทะเบียนส่งต่อ	0	0	
		1	1	
		2	2	

อธิบายความ

[3] อ้างอิงตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่10) พ.ศ. 2559 บริการฝากครรภ์คุณภาพตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลกหรือตามที่กรมอนามัยแนะนำอย่างน้อย 5 ครั้ง

ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (ไม่เกิน 12 สัปดาห์)

ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ > 12 - 20 สัปดาห์ (ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ 1 วัน ถึง 20 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ > 20 - 26 สัปดาห์ (ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ 1 วัน ถึง 26 สัปดาห์)

ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ > 26 - 32 สัปดาห์ (ตั้งแต่ 26 สัปดาห์ 1 วัน ถึง 32 สัปดาห์

ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ > 32-40 สัปดาห์ (ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ 1 วันขึ้นไป)

งาน/ กิจกรรม	แนวทางการพิจารณา	กา x ทับช่องคะแนน		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง
		ครั้งที่1	ครั้งที่2	
การบริการอนามัยมารดา: การดูแลหลังคลอด				
7. จัดให้มีบริการดูแลหลังคลอด	***กรณีเป็นโรงพยาบาล*** - มีการจัดสถานที่เฉพาะแยกออกมาจากสถานที่ให้บริการทั่วไปอย่างชัดเจนหรือจัดแยกตามช่วงเวลาโดยไม่มีผู้รับบริการอื่น - ห้องตรวจมีความเป็นส่วนตัวมิดชิด - มีป้ายแสดงบอกสถานที่และ/หรือเวลาเฉพาะสำหรับการให้บริการ	0	0	
		1	1	
		2	2	
	กรณีเป็นคลินิก - ดูตารางกิจกรรมประจำวันบันทึกข้อมูลประจำวันหรือระบบส่งต่อ - ดูสถิติการให้บริการตรวจหลังคลอด - ห้องตรวจมีความเป็นส่วนตัวมิดชิด	0	0	
		1	1	
		2	2	
8. ให้บริการดูแลหลังคลอดตามมาตรฐานฯ 8.1 ตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1 มักตรวจในโรงพยาบาล 8.2 ตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2 เน้นตรวจที่คลินิก 8.3 ตรวจหลังคลอดครั้งที่ 3	- พิจารณาจากคู่มือการปฏิบัติงานหรือ Clinical practice guideline และ/หรือระบบการส่งต่อ - พิจารณาจากเอกสารหลักฐานการบันทึกข้อมูลการตรวจหลังคลอดเช่นแฟ้มประวัติผู้ป่วยระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์สมุดทะเบียนกิจกรรมเป็นต้น	0	0	
		1	1	
		2	2	
9. มีการแจ้งผลการตรวจ Pap smear แก่หญิงหลังคลอดและส่งต่อผู้ป่วยกรณีผลการตรวจผิดปกติ	- พิจารณาจากระบบแจ้งผลการตรวจ Pap smear - หลักฐานการส่งต่อผู้ป่วยในรายชื่อผลการตรวจผิดปกติ	0	0	
		1	1	
		2	2	

อธิบายความ

[4] การดูแลหลังคลอดอ้างอิง “คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานบริการฝากครรภ์เพื่อครรภ์คุณภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร” และ แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

4.1 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1 – หลังคลอดไม่เกิน 7 วัน (นับจากวันคลอด) – ชักประวัติและประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินภาวะซีด – ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม ตรวจการไหลของน้ำนม คลำมดลูก ตรวจฝีเย็บและลักษณะน้ำคาวปลา – ให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว – การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ – ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหา

4.2 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2 – หลังคลอด 8-15 วัน (นับจากวันคลอด) – ชักประวัติและประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินภาวะซีด – ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม ตรวจการไหลของน้ำนม คลำมดลูก ตรวจฝีเย็บและลักษณะน้ำคาวปลา – ให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว – การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ – ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหา

4.3 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 3 – หลังคลอด 16-60 วัน (นับจากวันคลอด) – ชักประวัติและประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินภาวะซีด – ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม ตรวจการไหลของน้ำนม คลำมดลูก ตรวจฝีเย็บและลักษณะน้ำคาวปลา – ให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว – การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ – ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหา – ตรวจมะเร็งปากมดลูก(Pap smear) ตามความเหมาะสมของผู้รับบริการ

งาน/ กิจกรรม	แนวทางการพิจารณา	กา x ทับช่องคะแนน		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง
		ครั้งที่1	ครั้งที่2	
การบริการอนามัยเด็กแรกเกิด – 5 ปี				
1. จัดคลินิกสุขภาพเด็กดี	- ดูจากตารางกิจกรรมประจำวันจัดคลินิกสุขภาพเด็กดี (≥4 ครั้ง/เดือน) - ดูบันทึกการให้บริการตรวจสุขภาพเด็กดี	0	0	
		1	1	
		2	2	
2. จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ให้เพียงพอและพร้อมให้บริการ	- มีอุปกรณ์ในการตรวจสุขภาพเด็ก เตียงวัดความยาว เครื่องชั่งน้ำหนัก เทปวัดเส้นรอบศีรษะ - มีเครื่องมือตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยเช่น กระดิ่งบล็อกไม้ตุ๊กตาช้อนถ้วยน้ำดินสอสีเป็นต้น - มีแบบและ/หรือบันทึกผลการตรวจร่างกาย - มีแบบบันทึกการเจริญเติบโตและประเมินพัฒนาการ - มีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	0	0	
		1	1	
		2	2	
3. ให้บริการตรวจร่างกายประเมินการเจริญเติบโต	- ดูบันทึกการตรวจร่างกายการเจริญเติบโต	0	0	
		1	1	
		2	2	
4. ข้อมูลการตรวจพัฒนาการและให้คำแนะนำในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของกรมอนามัยถูกต้องครบถ้วน	- ดูการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กโดยลงบันทึกได้ถูกต้องครบถ้วน - ขอเอกสารการประเมินผลการตรวจร่างกายการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กเช่น OPD card สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	0	0	
		1	1	
		2	2	
5. ให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามมาตรฐาน(๖) และติดตามกลุ่มเป้าหมาย	- ถามรายละเอียดการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามวัยและสิทธิประโยชน์ - ดูบันทึกการให้บริการรายวันรายเดือนและบันทึกการติดตามนัดและแบบรายงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค - ดูบันทึกการให้บริการตามวัยรายบุคคล	0	0	
		1	1	
		2	2	

งาน/ กิจกรรม	แนวทางการพิจารณา	กา x ทับช่องคะแนน		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง
		ครั้งที่1	ครั้งที่2	
6. ให้คำแนะนำและบริการปรึกษาบิดามารดาหรือผู้ปกครองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการเลี้ยงดูเด็ก	<ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาจากบันทึกในแฟ้มผู้มารับบริการว่าให้คำแนะนำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการเลี้ยงดูเด็ก - พิจารณาจากบันทึกหลักฐานอื่นๆ ร่วมกับการสังเกตการณ์ระหว่างการตรวจเยี่ยม - พิจารณาจากเอกสารการให้ความรู้/ แผ่นพับให้ความรู้ 	0	0	
		1	1	
		2	2	

อธิบายความ

[5] การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามมาตรฐานพิจารณาจาก

- การได้รับวัคซีนและการดูแลหลังการได้รับวัคซีน - การสอบสวนโรคเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีน

- พิจารณาหลักฐานการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มขอเบิกวัคซีนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รายงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแบบฟอร์มรายงานการให้วัคซีนของโรงพยาบาลแบบสรุปรวบรวมรายละเอียดอาการของผู้ป่วยภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค stock card แบบสรุปยอดวัคซีนทะเบียนผู้รับบริการ

งาน/ กิจกรรม	แนวทางการพิจารณา	กา x ทับช่อง คะแนน		ข้อสังเกต / เงื่อนไข การปรับปรุง
		ครั้งที่1	ครั้งที่2	
7. ติดตามเด็กหลังคลอดเพื่อยืนยัน การตรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน	<p>***กรณีโรงพยาบาล*** (ดูที่ Nursery)</p> <ul style="list-style-type: none"> - สอบถามความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนการเก็บรวบรวม - ตรวจสอบสมุดทะเบียนการตรวจคัดกรอง - ตรวจสอบข้อมูลการติดตามดูแลทารกที่ผิดปกติจากOPD Card <p>***กรณีเป็นคลินิก***</p> <ul style="list-style-type: none"> - สอบถามความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนการเก็บรวบรวม - ตรวจสอบเอกสารระบบการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน - ตรวจสอบการลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพเด็กและแนวทางในการติดตามทารกที่ผิดปกติ 	0	0	
		1	1	
		2	2	
8. มีการดำเนินการส่งเสริมการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แม่มาฝากครรภ์	<ul style="list-style-type: none"> - มีกิจกรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - มีการจัดสถานที่เฉพาะ : Lactation corner (มุมนมแม่) หรือไม่ - พิจารณามีการประชาสัมพันธ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการใช้มมนมแม่หรือไม่ 	0	0	
		1	1	
		2	2	
9. การตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ปฐมวัยและให้คำแนะนำผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก	<ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยหรือทะเบียนส่งต่อ/OPD card/ใบเสร็จเรียกเก็บเงิน - แบบรายงานสรุปผลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยประจำเดือน - บัตรบันทึกสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย - เอกสารแผ่นพับให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับแจกให้ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย 	0	0	
		1	1	
		2	2	
10. มอบแปรงสีฟันอันแรกให้เด็กวัย 9-12 เดือนและสอนการแปรงฟันการ ดูแลสุขภาพช่องปาก	<ul style="list-style-type: none"> - ดูหลักฐานการบันทึกข้อมูลในทะเบียนการให้บริการเพิ่มเติมจากการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กได้แก่การมอบแปรงสีฟันอันแรกให้เด็กวัย 9 -12 เดือน - มีแปรงสีฟันสำหรับเด็ก 9 – 12 เดือนไว้พร้อมสำหรับมอบให้เด็ก 	0	0	
		1	1	
		2	2	

งาน/ กิจกรรม	แนวทางการพิจารณา	กา x ทัชช่องคะแนน		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง
		ครั้งที่1	ครั้งที่2	
การบริการอนามัยการเจริญพันธุ์การวางแผนครอบครัว				
1. จัดให้มีบริการวางแผนครอบครัว[๘]	***กรณีเป็นโรงพยาบาล*** - มีการจัดแยกสถานที่เฉพาะออกมาชัดเจนจากสถานที่ให้บริการทั่วไปหรือจัดแยกตามช่วงเวลาโดยไม่มีผู้รับบริการอื่น - มีป้ายแสดงบอกสถานที่และ/หรือเวลาเฉพาะสำหรับการให้บริการ - ห้องตรวจมีความเป็นส่วนตัวมีฉีดยาไฟตรวจให้แสงสว่างเพียงพอ	0	0	
		1	1	
		2	2	
	กรณีเป็นคลินิก - ดูตารางกิจกรรมประจำวันบันทึกข้อมูลประจำวันหรือระบบส่งต่อ - ดูสถิติการให้บริการวางแผนครอบครัว - ห้องตรวจมีความเป็นส่วนตัวมีฉีดยาไฟตรวจให้แสงสว่างเพียงพอ	0	0	
		1	1	
		2	2	
2. ให้บริการวางแผนครอบครัวเหมาะสมกับภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ	- มีทะเบียนการให้บริการวางแผนครอบครัว - พิจารณาการให้บริการตามประเภทและชนิดต่างๆของการคุมกำเนิดในปัจจุบันที่มีความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการทั้งในด้านเวชภัณฑ์และหัตถการจากแฟ้มประวัติผู้รับบริการหรือคลังเวชภัณฑ์ - มีหลักฐานการให้บริการตามมาตรฐาน	0	0	
		1	1	
		2	2	
3. มีบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	- พิจารณาจากการให้คำแนะนำวิธีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง - มีและใช้สื่อในการเผยแพร่ความรู้แก่ผู้รับบริการ - ตรวจสอบจากแฟ้มประวัติผู้รับบริการ	0	0	
		1	1	
		2	2	
4. ให้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก	- ดูตารางกิจกรรมประจำวันบันทึกข้อมูลประจำวันในการให้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก	0	0	
		1	1	
		2	2	
5. แจ้งผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกและติดตามผู้รับบริการได้ครบถ้วน	- ดูหลักฐานการส่งตรวจและผลการตรวจ - แจ้งผลการตรวจแก่ผู้รับบริการและติดตามต่อเนื่องทั้งในรายที่ปกติและผิดปกติ - สุ่มถามผู้รับบริการ	0	0	
		1	1	
		2	2	

อธิบายความ

[6] บริการวางแผนครอบครัวอ้างอิง “แนวปฏิบัติบริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพประชากรตามกลุ่มวัย :แนวปฏิบัติบริการวางแผนครอบครัวสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์” รายใหม่ : รายเก่าแล้วแต่กรณี

งาน/ กิจกรรม	แนวทางการพิจารณา	กา x ทับช่อง คะแนน		ข้อสังเกต / เงื่อนไข การปรับปรุง
		ครั้งที่1	ครั้งที่2	
การคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดสมองและโรคอ้วน				
1. คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง	- มีการใช้แบบบันทึกคัดกรองสัมภาษณ์รายบุคคล - มีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงตรวจร่างกายประเมินกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิกซ์ โดยการวัดเส้นรอบเอว[๗] เจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้ว - มีการประมวลผลการคัดกรอง	0	0	
		1	1	
		2	2	
2. ตรวจหาไขมันในเลือด (กรณีอายุ มีประวัติเสี่ยงและมีค่า BMI มากกว่า 25 กก/ม ² ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป หรืออายุน้อยกว่า 35 ปีแต่มีประวัติบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ) และการให้คำแนะนำคำปรึกษา	- มีผลการตรวจไขมันในเลือด (Lipid Profile) (กรณีอายุ มีประวัติเสี่ยงและมีค่า BMI มากกว่า 25 กก/ม ² ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป หรืออายุน้อยกว่า 35 ปีแต่มีประวัติบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ) รวมทั้งผลการบันทึกการให้คำแนะนำคำปรึกษา - มีทะเบียนข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	0	0	
		1	1	
		2	2	
3. มีโปรแกรมการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องอาหารและการออกกำลังกายรวมถึงการติดตามผล	- มีระบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหารการออกกำลังกายรวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลการติดตามผลลัพธ์ - ดูผลลัพธ์ในปีที่ผ่านมา - มีการระบุผู้รับผิดชอบดำเนินการ	0	0	
		1	1	
		2	2	
4. การให้สุศึกษา ความรู้ คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [9]	- พิจารณาจากบันทึกในแฟ้มผู้มารับบริการว่าให้สุศึกษา ความรู้ คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - พิจารณาจากบันทึกหลักฐานอื่น ๆ ร่วมกับการสังเกตการณ์ระหว่างการตรวจเยี่ยม อาจใช้วิธีสอบถามจากผู้รับบริการ - พิจารณาจากคู่มือ/แนวทางการให้สุศึกษาความรู้ คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	0	0	
		1	1	
		2	2	

อธิบายความ

[7] กลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิกได้แก่โรคเบาหวานความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคอ้วน

[8] การวัดเส้นรอบเอวอ้างอิงตามมาตรฐานของกรมอนามัยหรือแหล่งอ้างอิงเชิงวิชาการที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพจากหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับโดยหน่วยบริการสามารถแสดงคู่มือ/วิธีปฏิบัติได้

[9] ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีสาขาสุขภาพ เช่น พยาบาล เกษษกร นักวิชาการสาธารณสุข คำปรึกษาต้องครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้ –ความรู้เกี่ยวกับ โรค –อาหารและภาวะโภชนาการ –การออกกำลังกาย –การป้องกันภาวะแทรกซ้อน –การรับประทานยาและการดูแลตนเอง –กิจกรรมคลายเครียด –อื่นๆตามสภาวะผู้รับบริการ

งาน/ กิจกรรม	แนวทางการพิจารณา	กา x ทับช่องคะแนน		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง
		ครั้งที่1	ครั้งที่2	
การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรัง				
1. เฝ้าระวังโรคซึมเศร้ากลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรังตามมาตรฐาน๑๗	- พิจารณาจากแฟ้มผู้รับบริการว่าได้มีการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)/ประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)/ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ตามแต่กรณีทุกราย - มีการรวบรวมข้อมูลสถิติเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง	0	0	
		1	1	
		2	2	
2. มีการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรังตามมาตรฐาน๑๗	- พิจารณาเอกสาร/หลักฐานการวินิจฉัยการแจ้งผลและการให้คำแนะนำและ/หรือมีระบบการส่งต่อ - พิจารณาจากคู่มือ/แนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม	0	0	
		1	1	
		2	2	

อธิบายความ

[10] การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรังอ้างอิงมาตรฐานการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดโดยผู้ให้บริการจะต้องผ่านการอบรมระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดโดยกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข

โครงสร้างและวิชาการ

งาน/ กิจกรรม	แนวทางการพิจารณา	กา x ทับช่องคะแนน		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง
		ครั้งที่1	ครั้งที่2	
1. จัดสถานที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพแยกจากการให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป	- มีการจัดสถานที่แยกเฉพาะออกมาชัดเจนจากสถานที่ให้บริการทั่วไปหรือไม่หรือจัดแยกตามช่วงเวลาโดยไม่มีผู้รับบริการอื่น - มีป้ายหน้าห้องแสดงบอกเป็นสถานที่และ/หรือเวลาเฉพาะสำหรับการบริการสร้างเสริมสุขภาพ	0 1 2	0 1 2	
2. มีทีมให้บริการต่อเนื่อง ^[12] เป็นทีมประจำโดยมีแพทย์และ/หรือพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมโดยมีสัดส่วนผู้ให้บริการ : ผู้รับบริการไม่น้อยกว่า (พยาบาล 1 คน : ประชากร 5,000 คน)	- พิจารณาจากคำสั่งเป็นสายลักษณะอักษรหรือป้ายแสดงผู้ให้บริการ - ดูจากบันทึกที่ลงลายมือชื่อในการปฏิบัติงาน	0 1 2	0 1 2	
3. ใช้ระบบฐานข้อมูลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถูกต้องครบถ้วนเป็นปัจจุบัน	- มีฐานข้อมูลเป็นโปรแกรมที่สปสข.กำหนด ^[13] และมีการปรับให้เป็นปัจจุบันเสมอหรือใช้สมุดทะเบียนเพื่อบันทึกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ - จัดเก็บข้อมูลครบถ้วนสืบค้นง่าย	0 1 2	0 1 2	
4. มีสถิติข้อมูลผลการดำเนินงานเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	- พิจารณาจากสำเนาบันทึก/OPD Card/แฟ้มต่างๆที่ส่งรายงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค - พิจารณาความครบถ้วนถูกต้องของการรายงาน	0 1 2	0 1 2	
5. แสดงตารางกิจกรรมการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและแสดงสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการให้เห็นชัดเจน	- มีป้ายแสดงตารางเวลาให้บริการต่างๆ (จันทร์ – อาทิตย์) และสิทธิประโยชน์ให้เห็นชัดเจน - ข้อความแสดงครบถ้วนครอบคลุมตามสิทธิ	0 1 2	0 1 2	

อธิบายความ

- [11] ทีมให้บริการหมายถึงบุคลากรผู้ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในภาพรวมของงานบริการนั้นๆให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ในประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการฉบับประกาศ ณ วันที่ 8 สิงหาคม 2547
- [12] ต่อเนื่องหมายถึงการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยทีมให้บริการที่เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำของงานบริการนั้นๆโดยพิจารณาจากตารางมอบหมายงานกรณีที่ทีมให้บริการไม่ใช่เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำของงานบริการนั้นๆให้พิจารณาจากหลักฐานการปฏิบัติงานตรงตามคู่มือปฏิบัติ
- [13] โปรแกรมที่สปสข. กำหนดหมายถึงฐานข้อมูลกิจกรรมที่จัดบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานบริการใดๆที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานครกำหนดขึ้นสำหรับหน่วยบริการเพื่อเป็นหลักฐานขอรับชดเชยค่าบริการ PP Itemized หรือฐานข้อมูลใดๆที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานครกำหนด

งาน/ กิจกรรม	แนวทางการพิจารณา	กา x ทับช่อง คะแนน		ข้อสังเกต / เงื่อนไข การปรับปรุง
		ครั้งที่1	ครั้งที่2	
6. มีการวิเคราะห์และประเมินผลงาน	- พิจารณาจากบันทึกผลงานการวิเคราะห์ ผลงานและการประมวลผลงานบริการสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรค	0	0	
		1	1	
		2	2	
7. มีการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพที่ นำข้อมูลสารสนเทศมาใช้ครอบคลุม ทุกบริการ	- พิจารณาจากแผนงานโครงการประจำปีที่ อ้างอิงถึงการใช้ข้อมูลจากการประมวลผลงาน ที่ให้บริการ - หลักฐานการดำเนินงาน	0	0	
		1	1	
		2	2	
8. มีคู่มือปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ	- มีคู่มือที่ได้รับจากสปสข. หรือกรมอนามัย หรือแหล่งอ้างอิงเชิงวิชาการที่เป็นมาตรฐาน วิชาชีพจากหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับเพื่อเป็น คู่มือในการปฏิบัติงาน - อย่างน้อยต้องมีคู่มือการปฏิบัติงานในงาน อนามัยแม่และเด็ก - พิจารณาจากความเป็นปัจจุบันของคู่มือ	0	0	
		1	1	
		2	2	
9. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ^[14] ให้เกิดประโยชน์ต่อระบบบริการ ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้รับบริการ	- พิจารณาจากแผนการพัฒนาบุคลากร - พิจารณาจากข้อมูลที่แสดงถึงการที่บุคลากร ได้รับการพัฒนาเช่นการปฐมนิเทศบุคลากร / การประชุมในหน่วยงาน/การอบรมระหว่าง ปฏิบัติงาน / การส่งบุคลากรเข้ารับการ ศึกษาดูงาน/แบบประเมินผลการปฏิบัติงาน - พิจารณาจากหลักฐานการติดต่อสื่อสารด้าน องค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ^[15] กับ องค์กรทั้งภายในและภายนอก	0	0	
		1	1	
		2	2	
10. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อม ^[16] และ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆให้เอื้อต่อระบบ บริการผู้ปฏิบัติงานหรือผู้รับบริการ	- พิจารณาจากการจัดสถานที่ที่เอื้อต่อความ ปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ - การดูแลและบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์ต่างๆให้ ใช้ได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ - ความสะอาดเรียบร้อยของสถานที่	0	0	
		1	1	
		2	2	

อธิบายความ

[14] การพัฒนาศักยภาพบุคลากรหมายถึงการเพิ่มพูนความสามารถหรือสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของบุคลากรนั้นๆ (Functional Competency)

[15] การติดต่อสื่อสารด้านองค์ความรู้พิจารณาจากหลักฐานการเข้าถึงแหล่งความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเช่น หนังสือ/เอกสารเว็บไซต์ต่างๆหนังสือเวียนบันทึกการประชุม เป็นต้น

[16] พิจารณาตามเกณฑ์การรับรองสถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงานอย่างน้อยระดับพื้นฐาน 5ส.

ใบสรุปผลการนิเทศและตรวจประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ

กิจกรรม	คะแนนเต็ม	จำนวนข้อ	จำนวนข้อที่มีคะแนนเป็น			รวมคะแนน	หมายเหตุ
			0	1	2		
ด้านงานบริการ							
การบริการอนามัยมารดา	18	9					
การบริการอนามัยเด็กแรกเกิด – 5 ปี	20	10					
การบริการอนามัยการเจริญพันธุ์การวางแผนครอบครัว	10	5					
การคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคอ้วน	8	4					
การดูแลเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสในผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรัง	4	2					
ด้านโครงสร้างและวิชาการ	20	10					
รวม	80	40					

ผลการประเมินอยู่ในระดับ

- ☐ ดีมาก (73 – 80 คะแนน)
☐ ปานกลาง (53 - 72 คะแนน)
☐ ต้องปรับปรุง (≤ 52 คะแนน)

ลงชื่อ.....ผู้รับการประเมิน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้นิเทศและตรวจประเมิน ลงชื่อ.....ผู้นิเทศและตรวจประเมิน
 (.....) (.....)
 ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้นิเทศและตรวจประเมิน ลงชื่อ.....ผู้นิเทศและตรวจประเมิน
 (.....) (.....)
 ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....