



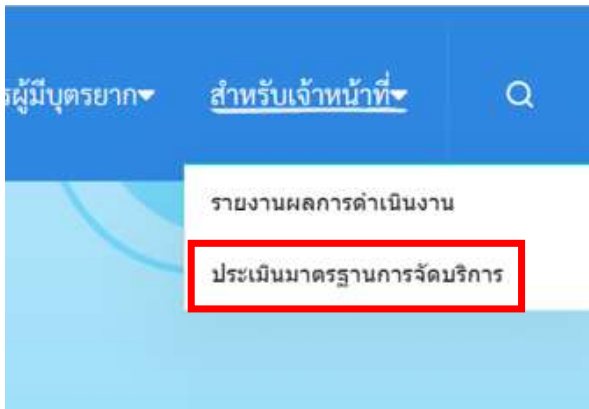
<https://line.me/R/ti/g/CBdm2HbjrW>

คู่มือประเมินมาตรฐานการจัดบริการ

หากมีปัญหา/สงสัย ติดต่อที่เบอร์โทรศัพท์ เป็น 0-25904779, 0-2590-4241

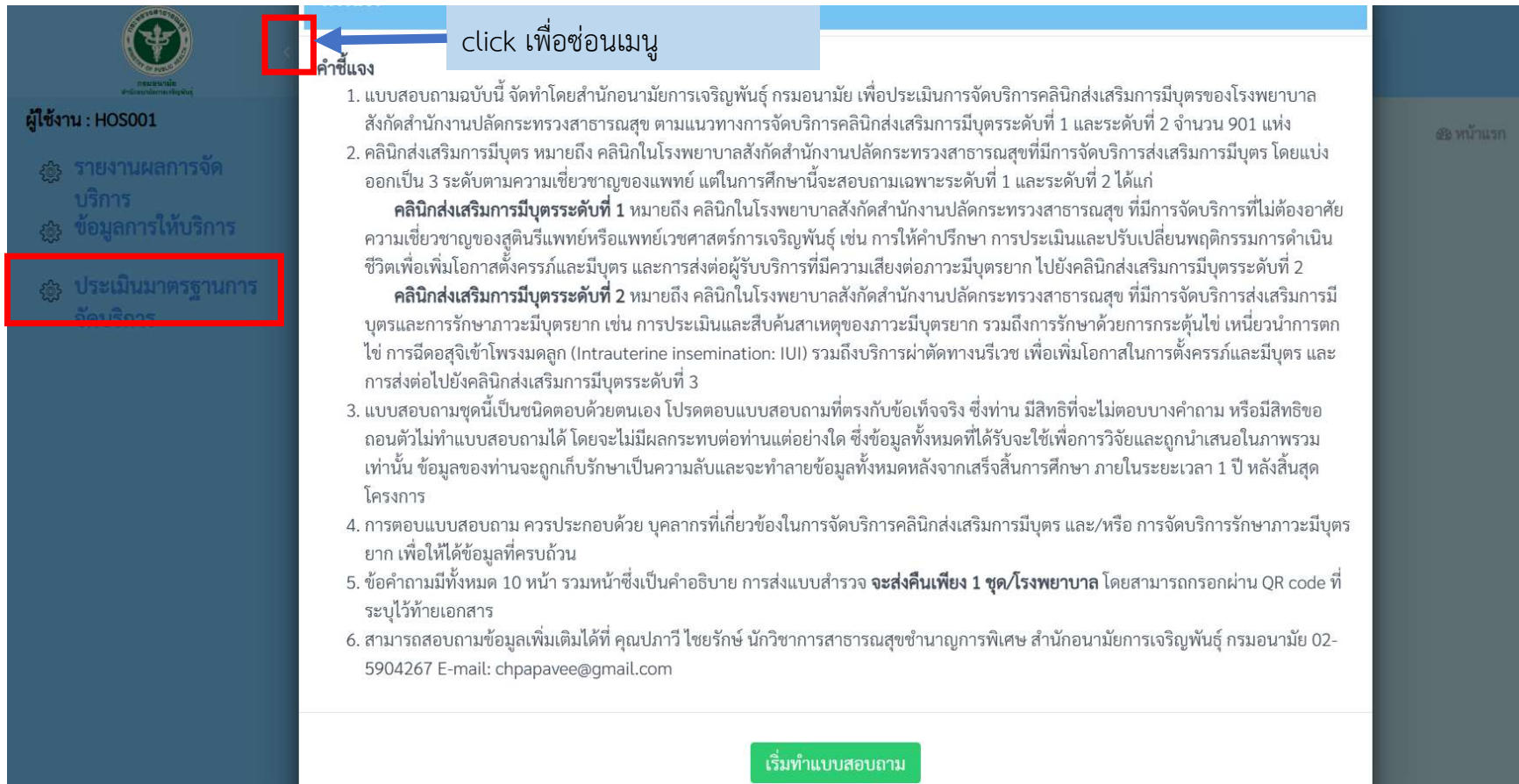
1. เข้าสู่ระบบ

- เปิด Web Browser
- พิมพ์ www.thaismartfam.com เพื่อเข้า Website



กรอก ชื่อผู้ใช้ และรหัสผ่าน

2. ทำแบบสอบถาม



click เพื่อซ่อนเมนู

คำชี้แจง

- แบบสอบถามฉบับนี้ จัดทำโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย เพื่อประเมินการจัดการบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแนวทางการจัดการบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรระดับที่ 1 และระดับที่ 2 จำนวน 901 แห่ง
- คลินิกส่งเสริมการมีบุตร หมายถึง คลินิกในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดการบริการส่งเสริมการมีบุตร โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามความเชี่ยวชาญของแพทย์ แต่ในการศึกษานี้จะสอบถามเฉพาะระดับที่ 1 และระดับที่ 2 ได้แก่
คลินิกส่งเสริมการมีบุตรระดับที่ 1 หมายถึง คลินิกในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดการบริการที่ไม่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของสูตินรีแพทย์หรือแพทย์เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ เช่น การให้คำปรึกษา การประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสตั้งครรภ์และมีบุตร และการส่งต่อผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อภาวะมีบุตรยาก ไปยังคลินิกส่งเสริมการมีบุตรระดับที่ 2
คลินิกส่งเสริมการมีบุตรระดับที่ 2 หมายถึง คลินิกในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดการบริการส่งเสริมการมีบุตรและการรักษาภาวะมีบุตรยาก เช่น การประเมินและสืบค้นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก รวมถึงการรักษาด้วยการกระตุ้นไข่ เน้นย่นำการตกไข่ การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (Intrauterine insemination: IUI) รวมถึงบริการผ่าตัดทางนรีเวช เพื่อเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์และมีบุตร และการส่งต่อไปยังคลินิกส่งเสริมการมีบุตรระดับที่ 3
- แบบสอบถามชุดนี้เป็นชนิดตอบด้วยตนเอง โปรดตอบแบบสอบถามที่ตรงกับข้อเท็จจริง ซึ่งท่าน มีสิทธิที่จะไม่ตอบบางคำถาม หรือมีสิทธิขอถอนตัวไม่ทำแบบสอบถามได้ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจะใช้เพื่อการวิจัยและถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและจะทำลายข้อมูลทั้งหมดหลังจากเสร็จสิ้นการศึกษา ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังสิ้นสุดโครงการ
- การตอบแบบสอบถาม ควรประกอบด้วย บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร และ/หรือ การจัดการบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
- ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 หน้า รวมหน้าซึ่งเป็นคำอธิบาย การส่งแบบสำรวจ จะส่งคืนเพียง 1 ชุด/โรงพยาบาล โดยสามารถกรอกผ่าน QR code ที่ระบุไว้ท้ายเอกสาร
- สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณปภาวี ไชยรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย 02-5904267 E-mail: chpapavee@gmail.com

เริ่มทำแบบสอบถาม

2. ทำแบบสอบถาม

แบบสอบถาม

Q100 แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Q100 ข้าพเจ้า ได้อ่านรายละเอียดคำชี้แจงในการเข้าร่วมโครงการวิจัยที่อยู่บนส่วนต้นของแบบสอบถามแล้ว และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการ เข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อข้าพเจ้าทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

☒ 1.ยินยอม

☐ 2.ไม่ยินยอม

Q101 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

Q101 ชื่อ – สกุล ผู้รับผิดชอบคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

ชื่อ – สกุล ผู้รับผิดชอบคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

ชื่อ – สกุล ผู้รับผิดชอบคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

2.ทำแบบสอบถาม

แบบสอบถาม

Q602 ทำ IUI 3 ครั้งแล้วยังไม่ตั้งครรภ์ (ฝ่ายหญิงอายุน้อยกว่า 40 ปี) คู่สมรสที่ฝ่ายหญิงอายุมากกว่า 40 ปี มีภาวะแท้ง เป็นอาเจียน คู่สมรสที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นมะเร็งและต้องการมีบุตร ส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

Q603 พบสาเหตุภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายหญิง เช่น ภาวะรังไข่เสื่อมหรือรังไข่หยุดทำงานก่อนวัยอันควร (Premature ovarian insufficiency) หรือ ภาวะมดลูกผิดปกติตั้งแต่กำเนิด (Congenital uterine anomaly) หรือไม่มีมดลูก ส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ การเจริญพันธุ์

Q701 ส่วนที่ 7 การจัดการบริการคุมกำเนิด

Q701 ปัจจุบันโรงพยาบาลของท่านให้บริการคุมกำเนิดประเภทใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1.ทำหมัน

☐ 3.ฉีดยาคุม

☐ 5.ใส่ห่วง

☐ 2.ยาคุมกำเนิด

☐ 4.ฝังยาคุม

☐ 6.วิธีอื่นๆ ระบุ.....

click เพื่อส่งแบบสอบถาม

📌 ส่งคำตอบ

2. ทำแบบสอบถาม

สถานะ

×

ข้อที่ท่านยังไม่ตอบคำถาม

ลำดับ	ข้อที่	หมายเหตุ
1	Q100	ตัวเลือก
2	Q101	Q101 ชื่อ – สกุล ผู้รับผิดชอบคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
3	Q102	Q102 เบอร์โทรศัพท์
4	Q201	ตัวเลือก
5	Q202	ตัวเลือก
6	Q202a	ตัวเลือก
7	Q203_1	Q203-1 การให้คำปรึกษา การประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสตั้งครรภ์และมีบุตร

ตกลง

ถ้ามีข้อที่ยังไม่ตอบโปรแกรม
จะแจ้งข้อที่ยังไม่ตอบคำถาม
เพื่อให้ไปตอบอีกครั้ง

สถานะ

×

ท่านได้ตอบแบบประเมินครบทุกข้อแล้ว

ตกลง

ถ้าปรากฏข้อความว่า “ท่าน
ได้ตอบแบบประเมินครบ
ทุกข้อแล้ว” ถือว่าเสร็จสิ้น