

**แบบการตรวจประเมินการบริการด้านกายภาพบำบัด**  
(การตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน พ.ศ.....)

สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....ขนาด.....เตียง

**ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป**

๑. หัวหน้านักกายภาพบำบัด ชื่อ.....สกุล.....  
 ใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกอบโรคศิลปะ เลขที่.....  
 ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง.....ปี
๒. ปริมาณงาน จำนวนผู้รับบริการ OPD.....คน/วัน  
 จำนวนผู้รับบริการ IPD.....คน/วัน
๓. จำนวนบุคลากรในแผนก  
 นักกายภาพบำบัด.....คน Full time.....คน Part time.....คน  
 พนักงานผู้ช่วย.....คน อื่นๆ.....คน
๔. งานบริการที่จัดให้มี
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NEUROLOGICAL CONDITION     | <input type="checkbox"/> MUSCULOSKELETAL CONDITION |
| <input type="checkbox"/> CARDIO-PULMONARY CONDITION | <input type="checkbox"/> PEDIATRIC                 |
| <input type="checkbox"/> ส่งเสริมสุขภาพ             | <input type="checkbox"/> อื่นๆ                     |

**ส่วนที่ ๒ เกณฑ์มาตรฐาน**

เกณฑ์การตรวจ	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี		ไม่มี	
		เหมาะสม	ไม่เหมาะสม		
<b>๑. แผนกกายภาพบำบัด</b>  * ๑.๑ มีความปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ * ๑.๒ มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และจัดแบ่งเป็นสัดส่วนอย่างเหมาะสม ๑.๓ มีความสะดวกต่อการเข้ารับบริการ และมีป้ายบอกทางเข้าแผนกชัดเจน ๑.๔ มีสถานที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อคนพิการ ๑.๕ มีป้ายบอกเส้นทางออกฉุกเฉิน	- จากการสังเกต  - จากการสังเกตพื้นที่ให้บริการ  - จากการสังเกต  - จากการสังเกต  - จากการสังเกต				
<b>๒. สิ่งแวดล้อม</b>  ๒.๑ มีการระบายอากาศดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ ๒.๒ มีแสงสว่างเพียงพอ เหมาะสมกับกิจกรรมที่ให้บริการ	- จากการสังเกต  - จากการสังเกต/สอบถาม				

**Full time** หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา ทั้งนี้ต้องไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๔๐ ชม. โดยทำสัญญาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษร หรือมีข้อตกลงจากผู้อนุญาตประกอบกิจการ

**Part time** หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงาน น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๔๐ ชม.

เกณฑ์การตรวจ	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี		ไม่มี	
		เหมาะสม	ไม่เหมาะสม		
<p>๒.๓ มีอุณหภูมิที่เหมาะสม</p> <p>๒.๔ มีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย</p> <p>๒.๕ มีระบบควบคุมการติดเชื้อ</p> <p>๒.๖ สถานที่ไม่มีเสียงดังรบกวนต่อการทำงาน</p>	<p>- จากการสังเกต</p> <p>- จากการสังเกต</p> <p>- จากการสอบถาม</p> <p>- จากการสังเกต</p>				
<p><b>๓. เครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก</b></p> <p>๓.๑ มีหลักเกณฑ์กลไกในการคัดเลือกประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ</p> <p>*๓.๒ เครื่องมือทางกายภาพบำบัดต้องเป็นเครื่องมือที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดเครื่องมือกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๔๘ แห่ง พรบ. วิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๔๗</p> <p>๓.๓ มีระบบตรวจสอบการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา</p> <p>๓.๔ มีอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยชีวิตและพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา หรือมีระบบในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน</p> <p>๓.๕ มีสัญญาณเรียกเจ้าหน้าที่</p>	<p>- จากการสอบถาม</p> <p>- จากเอกสารเครื่องมือ</p> <p>- จากการตรวจสอบ</p> <p>- จากบัญชีเครื่องมือ</p> <p>- มีระบบตรวจสอบและสอบเทียบเครื่องมือเพื่อให้อุปกรณ์ใช้งานได้ตลอดเวลา</p> <p>- จากการสอบถาม</p> <p>- จากบันทึกการตรวจสอบของเจ้าหน้าที่</p> <p>- จากการสังเกต/สอบถาม</p> <p>- จากการบันทึก</p> <p>- ตรวจสอบจากของจริง</p> <p>- จากการสอบถาม</p>				
<p><b>๔. บุคลากร</b></p> <p>*๔.๑ ผู้ให้บริการกายภาพบำบัดต้องเป็นนักกายภาพบำบัดที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะจากกระทรวงสาธารณสุข หรือ ใบประกอบวิชาชีพจากสภากายภาพบำบัด</p> <p>๔.๒ นักกายภาพบำบัดให้บริการตามสัดส่วนที่เหมาะสมกับปริมาณงานและประเภทของผู้รับบริการ</p>	<p>- จากหลักฐานฝ่ายบุคลากร</p> <p>- จากตารางการจัดเวร</p> <p>- จากการสอบถาม</p> <p>- จากทะเบียนผู้ป่วย</p>				

\* ๔.๑ ถ้าผู้ให้บริการที่มีใบนักกายภาพบำบัดที่มีใบประกอบโรคศิลปะจากกระทรวงสาธารณสุข จะไม่ทำการประเมินทั้งหมด เพราะไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

เกณฑ์การตรวจ	แหล่งข้อมูล	ผลการตรวจ			ข้อเสนอแนะ
		มี		ไม่มี	
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง		
<p>๔.๓ มีการปฐมนิเทศผู้ที่รับเข้าทำงานใหม่ พร้อมทั้งมีระยะเวลาให้ทดลองปฏิบัติงาน</p> <p>๔.๔ มีการพัฒนาความรู้แก่เจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>๔.๕ มีการสนับสนุนส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุม สัมมนาการฝึกอบรมต่างๆ เพื่อให้บุคลากร มีความรู้ทักษะมากขึ้น</p> <p>๔.๖ มีการประเมินพัฒนาบุคลากรเป็นระยะ</p> <p>๔.๗ ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกายภาพบำบัดมี คุณสมบัติ และปฏิบัติหน้าที่ตามระเบียบ กระทรวงสาธารณสุข</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เอกสารแนวทางการปฐมนิเทศ</li> <li>- จากการสอบถาม</li> <li>- จากแผนการฝึกอบรมของรายงาน</li> <li>- จากการสอบถาม/เอกสาร</li> <li>- จากการสอบถาม/ เอกสาร</li> <li>- จากเอกสาร</li> </ul>				
<p><b>๕. กระบวนการให้บริการ</b></p> <p>๕.๑ มีอัตราค่ารักษาพยาบาลทางกายภาพบำบัดไว้ในที่เปิดเผย</p> <p>๕.๒ มีการกำหนดวิธีการรับผู้ป่วย การรักษา และการส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล</p> <p>๕.๓ มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้รับบริการ และญาติทุกครั้ง</p> <p>๕.๔ มีการประเมินและการวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ</p> <p>*๕.๕ มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและแผนการดูแลรักษา</p> <p>๕.๖ มีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเองแก่ผู้ป่วย และญาติ</p> <p>๕.๗ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในการรักษาพยาบาลได้มีการประสานงานแก้ไขปัญหาระหว่างทีมสุขภาพ</p> <p>๕.๘ มีทะเบียนประจำแผนกที่มีการบันทึกการรักษาครบถ้วน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จากการสังเกต/ เอกสาร</li> <li>- จากเอกสาร</li> <li>- จากการสอบถามผู้ป่วย</li> <li>- จากการบันทึก</li> <li>- จากการบันทึก</li> <li>- จากการบันทึก</li> <li>- จากการสอบถาม/บันทึก</li> <li>- จากการสอบถาม/บันทึก</li> <li>- จากการสอบถาม/บันทึก</li> <li>- ดูจากบันทึก</li> </ul>				
<p><b>๖. การพัฒนาคุณภาพบริการ</b></p> <p>๖.๑ ติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ</p> <p>๖.๒ มีการดำเนินการแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๖.๓ มีการประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จากการสอบถาม/บันทึก</li> <li>- จากการสอบถาม/บันทึก</li> <li>- จากการบันทึก</li> </ul>				

