

**แบบสอบถามความต้องการในการอบรมวิชาการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)
และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will)
ตามมาตรา ๑๒ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**

**วัตถุประสงค์ :** แบบสำรวจชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความจำเป็นและความต้องการในการอบรมวิชาการเกี่ยวกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will) ตามมาตรา ๑๒ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนจัดอบรมวิชาการให้แก่สถานบริการสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการในการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงาน ทั้งนี้แบบสอบถามเป็นการสำรวจความจำเป็นและความต้องการอบรมวิชาการฯ เท่านั้น สช.จะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับและไม่นำไปเผยแพร่ต่อไป

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของสถานพยาบาล** (กรุณากรอกข้อมูลเบื้องต้นสถานพยาบาลของท่านในช่องว่าง)

ชื่อสถานพยาบาล/หน่วยงาน …………………………………………………………...………………..………จำนวนเตียง…………..…..…….….…ที่ตั้ง…………………………………………………………………………………………………………….…………………………..………………………..……

เบอร์โทรศัพท์ ………………………………………………………………………… E-mail ……………………………………………………………….……..

เว็บไซด์………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….………........…..

 **ส่วนที่ ๒ หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Living Will) ตามมาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐**
 (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✔ ในช่อง  ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด)๒.๑ สถานพยาบาลของท่านมีการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Living Will) ตามมาตรา ๑๒
 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ หรือไม่

 □ ไม่มี
 □ มี โปรดระบุประมาณการ พอสังเขป…………………………………………………………………………………...………

………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….……………….…........…..

๒.๒ ทีมสหวิชาชีพในสถานพยาบาลมีการยอมรับเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต
 (Living Will) ตามมาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ (ในภาพรวม)

…………………………………………………………………………………………………………………….….………………………………....…………….…... …………………………………………………………………………………………………………………….….……………………………...…………...………..

…………………………………………………………………………………………………………………….….……………………………...….....….………..…

 ๒.๓ ผู้บริหารสถานพยาบาลของท่าน มีนโยบายอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

 และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will)

…………………………………………………………………………………………………………………….….………………………………....……………….... …………………………………………………………………………………………………………………….….……………………………...…………...………..

…………………………………………………………………………………………………………………….….……………………………...….....………………

**(มีต่อหน้า ๒)**

**การบริการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในสถานพยาบาลของท่าน**(กรุณาใส่เครื่องหมาย✔ ในช่อง  ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด)

๒.๔สถานพยาบาลของท่านมี**บริการด้าน Palliative care** ด้านใดบ้าง

 ๑) แผนกให้บริการดูแลผู้ป่วย Palliative care

 □ ไม่มี
 □ มี โปรดระบุชื่อแผนก/หน่วยงาน……………………………………………………………………………..……………….…

 ๒) ทีมให้คำปรึกษา/ทีมสหวิชาชีพให้การดูแลรักษาด้าน Palliative care

 □ ไม่มี
 □ มี โปรดระบุชื่อแผนก/หน่วยงาน…………………………………………….…………………….……….………………………

๒.๕ สถานพยาบาลของท่าน มีการ**จัดอบรมให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานทางด้าน Palliative care** หรือไม่
 □ ไม่มี
 □ มี โปรดระบุชื่อ/โครงการการอบรม ………………………………………..………….…………………………...…….….

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………...………….………………..………

๒.๖ สถานพยาบาลของท่านต้องการให้บุคลากรได้รับการอบรมวิชาการ Palliative care และ Living Will ในเรื่องใดบ้าง
 จงเรียงลำดับความต้องการการจัดอบรม
 ๑.………………………………………………………………………………………………………………….…….……………..….…..……….

 ๒.………………………………………………………………………………………………………………………………………….………….…

 ๓.……………………………………………………………………………………………….…………………………….………….…………..…

๒.๗ การบริการหรือสิ่งที่สถานพยาบาลต้องการการสนับสนุนเรื่อง palliative care และ Living Will จาก สช.

 หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง……………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….

**ส่วนที่ ๓ ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม**

.…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..………….…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………...……

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………....…..…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 **ขอขอบพระคุณที่อนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อการสำรวจมา ณ ที่นี้
โปรดส่งแบบสอบถามกลับมายัง** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) **ภายในวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๑**
ชั้น ๒ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
E-mail : jutamart@nationalhealth.or.th หรือ tindarat@nationalhealth.or.th
สามารถดาวโหลดแบบสอบถามและเอกสารที่เกี่ยวข้องได้ทาง <https://www.nationalhealth.or.th/the-rights-to-health>