



คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)

กระบวนการที่ 3 การถ่ายทอดนวัตกรรม องค์ความรู้
และเทคโนโลยีด้านส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่เครือข่าย

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ	1
2. ขั้นตอน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ	1
3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ	2
4. ค่าธรรมเนียมการบริการ	3
5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการบริการ	3
6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ	3
 ภาคผนวก	
1. แบบสอบถามความต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิต	5
2. แบบสอบถามความต้องการด้านวิชาการ	6
3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการอบรม/สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการของกรมสุขภาพจิต	8
4. แบบสรุปความพึงพอใจต่อการอบรม/สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการของกรมสุขภาพจิต	10
5. แบบสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ	13
6. รายชื่อผู้จัดทำ	14

1. ผู้รับบริการหลัก/ช่องทางการให้บริการ

ผู้รับบริการหลัก : นักวิชาการ กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ที่ปฏิบัติงานตามคู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) กระบวนการที่ 3 การถ่ายทอดนวัตกรรม องค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่เครือข่าย	
สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ที่อยู่ เลขที่ 169 หมู่ 4 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 - โทรศัพท์ 043-327-640-1 - โทรสาร 043-327-642 - กล้องรับความคิดเห็นหน้าห้องศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 - Website : www.mhc06.org - E-mail : mhcsix@gmail.com - Facebook: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6	- วันและเวลาราชการ วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น. เวลาราชการจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30 - 16.30 น. - วันและเวลาราชการ วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น. เวลาราชการจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30 - 16.30 น. - 24 ชั่วโมง

2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน/ระยะเวลา/ผู้รับผิดชอบ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1)	การประเมินความต้องการของพื้นที่ด้วยวิธีการ ดังนี้ - ใช้แบบสอบถามสำรวจความต้องการสนับสนุน/วิชาการของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการจัดสัมมนาสรุปผลประจำปี/การจัดโครงการ - การสรุปผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมาจากสรุปโครงการ - เวทีการตรวจราชการ/นิเทศเฉพาะกิจ - เวทีประชุมผู้บริหาร เช่น คปสข.เขตสุขภาพที่ 7, ประชุมศูนย์วิชาการเขตสุขภาพที่ 7 ร่วมกับจังหวัด, ประชุมคณะกรรมการกลุ่มวัยของเขตสุขภาพที่ 7	2 วัน (14 ชั่วโมง) ตามแผนปฏิบัติการตรวจราชการ/นิเทศเฉพาะกิจ ตามวาระการประชุมของเขต	กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต
2)	การออกแบบถ่ายทอดนวัตกรรม องค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต โดยพิจารณาความจำเป็นจากนโยบายผลการสำรวจความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ผลการนิเทศงาน การรับคำร้องขอจากช่องทางอื่น ๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 7 กรณีที่เคยดำเนินการมาก่อน พิจารณาโดยนำผลการดำเนินงานในครั้งที่ผ่านมาพิจารณาปรับปรุง หรือออกแบบกระบวนการใหม่ด้วย ทั้งนี้ให้ความหมายของ	2 วัน (14 ชั่วโมง)	กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
	นวัตกรรม คือ การนำเอานวัตกรรมเดิมที่มีอยู่แล้วมาปรับใช้ ไม่จำเป็นต้องเป็นการออกแบบนวัตกรรมใหม่		
3)	ดำเนินการถ่ายทอดนวัตกรรม องค์ความรู้ และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพจิต	2 วัน (14 ชั่วโมง)	กลุ่มงานวิชาการ และฝ่ายบริหาร
4)	สรุปผลการถ่ายทอดนวัตกรรม องค์ความรู้ และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพจิต (ตามแบบสรุปผลการดำเนินงานตาม แผนงาน/โครงการ) - สรุปผลคะแนนทดสอบความรู้ก่อน-หลังถ่ายทอดฯ - สรุปผลความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดฯ - แบบวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After Action Review)	2 วัน (14 ชั่วโมง)	ผู้รับผิดชอบ โครงการ
5)	รายงานผลต่อผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง - ผู้อำนวยการ - PM - สยส.	1 วัน (7 ชั่วโมง) 1 วัน (7 ชั่วโมง) 1 วัน (7 ชั่วโมง)	ผู้รับผิดชอบ โครงการ ผู้รับผิดชอบ โครงการ ผู้รับผิดชอบ โครงการ/ ผู้รับผิดชอบงาน แผนงาน
6)	รวบรวมและจัดทำรายงานประจำปี โดยรวบรวมผลการ ดำเนินการถ่ายทอดนวัตกรรม องค์ความรู้ และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพจิต	2 วัน (14 ชั่วโมง)	ผู้รับผิดชอบ โครงการ/ งานแผนงาน
รวมระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น		91 ชั่วโมง	

3. เอกสาร/แบบฟอร์มที่ใช้ในการขอรับบริการ

ลำดับ	เอกสาร/แบบฟอร์ม	จำนวน (ฉบับ)
1)	แบบสำรวจความต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7	1
2)	แบบสำรวจความต้องการทางวิชาการ	1
3)	แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการอบรม/สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการของ กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560	1
4)	แบบสรุปความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนาตามโครงการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560	1
5)	แบบสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7	1

4. ค่าธรรมเนียมการบริการ

ลำดับ	รายละเอียดการบริการที่มีค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท)
1)	ไม่มี	

5. การประกันคุณภาพ/ประสิทธิภาพการให้บริการ

ลำดับ	ผลสำเร็จของการบริการที่จะส่งมอบแก่ผู้รับบริการ
1)	ร้อยละ 85 ของผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดฯ ในระดับมากถึงมากที่สุด
2)	มีการสรุป และรายงานผลต่อผู้บริหาร/ผู้เกี่ยวข้อง ภายในระยะเวลาที่กำหนด (1 เดือน)

6. ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ
1)	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ที่อยู่ เลขที่ 169 หมู่ 4 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
2)	โทรศัพท์ 043-327-640-1
3)	โทรสาร 043-327-642
4)	กล่องรับความคิดเห็นหน้าห้องศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
5)	Website : http://www.mhc7.go.th
6)	E-mail : mhc07.dmh@gmail.com
7)	Facebook : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7

ภาคผนวก

**แบบสำรวจความต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิต
จากศูนย์สุขภาพจิตที่ 7**

วัตถุประสงค์ แบบสำรวจความต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตในพื้นที่จากศูนย์สุขภาพจิต
สร้างขึ้นเพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการด้านบริการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจากศูนย์
สุขภาพจิต และจะใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการสนับสนุนสิ่งต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงาน
ด้านสุขภาพจิตของพื้นที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยงาน

- | | |
|--|--|
| ☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
☐ โรงพยาบาลชุมชน
☐ อื่นๆ ระบุ..... | ☐ โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป
☐ รพ.สต. |
|--|--|

ส่วนที่ 2 ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการสนับสนุนสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่และต้องการรับการสนับสนุนอะไรบ้าง

ปีงบประมาณที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุน		ปีงบประมาณ 2560 ต้องการรับการสนับสนุน	
2.1 สื่อเทคโนโลยีสุขภาพจิต			
กลุ่มวัย	ระบุเรื่อง	กลุ่มวัย	ระบุเรื่อง
1.วัยเด็ก		1.วัยเด็ก	
2.วัยเรียน		2.วัยเรียน	
3.วัยรุ่น		3.วัยรุ่น	
4.วัยทำงาน		4.วัยทำงาน	
5.วัยสูงอายุ		5.วัยสูงอายุ	
6.ผู้พิการ		6.ผู้พิการ	
7.อื่นๆ		7.อื่นๆ	
2.2 การอบรม/สัมมนา/ความรู้ด้านสุขภาพจิต			
ลำดับ	ระบุเรื่อง	ลำดับ	ระบุเรื่อง
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

ขอขอบคุณในการตอบแบบสำรวจ

แบบสอบถามความต้องการด้านวิชาการ

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7

ปีงบประมาณ พ.ศ.....

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ ☐ 20 - 29 ปี ☐ 30 - 39 ปี ☐ 40 - 49 ปี ☐ 50 - 59 ปี ☐ 60 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

☐ อนุปริญญา/ปวส. ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโทขึ้นไป

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

4. ตำแหน่ง

☐ แพทย์ ☐ นักจิตวิทยา ☐ พยาบาลวิชาชีพ ☐ พยาบาลเทคนิค ☐ นักสังคมสงเคราะห์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

5. งานที่รับผิดชอบ

☐ งานสุขภาพจิต (โปรดระบุระยะเวลาที่รับผิดชอบ).....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

6. หน่วยงานที่สังกัด

☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ☐ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ☐ โรงพยาบาลศูนย์

☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐ โรงพยาบาลชุมชน ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

☐ สถานีอนามัย ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความต้องการของท่านและเติมคำในช่องว่างที่เว้นไว้

1. องค์ความรู้สุขภาพจิตเรื่องใดที่ท่านต้องการได้รับการสนับสนุน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ 1. สุขภาพจิตทั่วไป | ☐ 2. โรคทางจิตเวช | ☐ 3. ยาที่ใช้ทางจิตเวช |
| ☐ 4. ซึมเศร้า | ☐ 5. ฆ่าตัวตาย | ☐ 6. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ |
| ☐ 7. สถิติปัญหาและความฉลาดทางอารมณ์(IQ&EQ) | ☐ 8. พลังสุขภาพจิต | ☐ 9. สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น |
| ☐ 10. สุขภาพจิตวัยทำงาน | ☐ 11. สุขภาพจิตโรงเรียน | ☐ 12. สุขภาพจิตสถานประกอบการ |
| ☐ 13. สุขภาพจิตในเรือนจำ | ☐ 14. ยาเสพติด/แอลกอฮอล์ | ☐ 15. การให้การปรึกษา |
| ☐ 16. การให้การปรึกษาคอครบครัว | ☐ 17. สุขภาพจิตครอบครัว | ☐ 18. ภาวะวิกฤตทางจิตใจ |
| ☐ 19. การสร้างสุข | ☐ 20. การให้คำปรึกษาการรู้คิดและพฤติกรรม | |
| ☐ 21. อื่นๆ (ระบุ)..... | | |

2. ช่องทางที่ต้องการการสนับสนุน/ช่องทางในการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. อบรม/สัมมนา/ประชุม | ☐ 2. สื่อเทคโนโลยี |
| ☐ 3. สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน | ☐ 4. สนับสนุนวิทยากร |
| ☐ 5. การให้คำปรึกษา | ☐ 6. การเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการ |
| ☐ 7. การศึกษาดูงาน | ☐ 8. การศึกษาต่อเนื่อง/การอบรมเฉพาะทาง |
| ☐ 9. อื่นๆ (ระบุ)..... | |

3. ในปีงบประมาณ พ.ศ..... ท่านมีความประสงค์ศึกษาดูงานด้านสุขภาพจิต ณ หน่วยงานใด

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. ศูนย์สุขภาพจิตที่..... | ☐ 2. โรงพยาบาลจิตเวช/สถาบัน ในส่วนภูมิภาค |
| ☐ 3. โรงพยาบาลจิตเวช/สถาบันในส่วนกรุงเทพและปริมณฑล | ☐ 4. พื้นที่ที่ได้รับรางวัลดีเด่นด้านสุขภาพจิต |
| ☐ 5. อื่นๆ (ระบุ)..... | |

4. ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานสุขภาพจิตในพื้นที่ของท่านในในปีงบประมาณ พ.ศ.....

.....

.....

5. ปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงานสุขภาพจิตในพื้นที่ของท่านในในปีงบประมาณ พ.ศ.....

.....

.....

6. ข้อเสนอแนะต่อศูนย์สุขภาพจิต

.....

.....

7. ท่านคิดว่ามีบทบาทในการสนับสนุนศูนย์สุขภาพจิตอย่างไรบ้าง

.....

.....

แบบสอบถาม

ความพึงพอใจต่อการอบรม/สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560

ประเภทโครงการ

☐ โครงการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิต

ชื่อโครงการ

ชื่อโครงการย่อย/กิจกรรม.....

☐ โครงการอบรม /สัมมนา /ประชุมเชิงปฏิบัติการ

ชื่อโครงการ/กิจกรรม.....

คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับสำรวจความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม/สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการประเมินผลโครงการในครั้งนี้ และนำไปปรับปรุงและพัฒนาโครงการที่ต่อเนื่องและเกี่ยวข้องต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ

☐ ต่ำกว่า 20 ปี

☐ 20-29 ปี

☐ 30-39 ปี

☐ 40-49 ปี

☐ 50-59 ปี

☐ 60 ปีขึ้นไป

3. การศึกษา

☐ ต่ำปริญญาตรี

☐ ปริญญาตรี

☐ ปริญญาโท

☐ ปริญญาเอก

4. ตำแหน่ง

☐ แพทย์

☐ นักจิตวิทยา

☐ นักวิชาการสาธารณสุข

☐ พยาบาล

☐ นักสังคมสงเคราะห์

☐ ครู

☐ แกนนำชุมชน

☐ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

5. งานที่ท่านรับผิดชอบ

☐ งานสุขภาพจิต

☐ อื่นๆ ระบุ

6. หน่วยงานที่ท่านสังกัด

☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

☐ โรงพยาบาลศูนย์

☐ โรงพยาบาลทั่วไป

☐ โรงพยาบาลชุมชน

☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

☐ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

☐ กรม/กอง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุ

☐ กรม/กอง นอกสังกัดกรมสุขภาพจิต ระบุ

☐ หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ระบุ

☐ อื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560
(สำหรับช่องทางการถ่ายทอดที่เป็นการอบรม /สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการ)

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เนื้อหาความรู้ที่ได้รับ					
1.1 เหมาะสมทันยุคสมัย					
1.2 เข้าใจง่าย					
1.3 นำไปใช้ประโยชน์ได้					
1.4 สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ					
1.5 ตรงกับความต้องการ					
2. สื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ (เช่น หนังสือ คู่มือ แผ่นพับ CD ฯลฯ)					
2.1 ดึงดูดความสนใจ					
2.2 ง่ายต่อการนำไปใช้					
2.3 เหมาะสมกับผู้รับความรู้					
2.4 มีความเพียงพอต่อจำนวนผู้รับความรู้					
3. รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ (เช่น การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การทำกิจกรรม การดูงาน การทำกลุ่ม ฯลฯ)					
3.1 ทันยุคสมัย					
3.2 สอดคล้องกับวัตถุประสงค์					
3.3 สอนเข้าใจง่าย					
3.4 เปิดโอกาสให้สอบถาม/แสดงความคิดเห็น					
4. วิทยากร					
4.1 สอนตรงกับเนื้อหา					
4.2 สอนเข้าใจง่าย					
4.3 เปิดโอกาสให้สอบถาม/แสดงความคิดเห็น					
4.4 ตอบข้อซักถามตรงประเด็น					
4.5 ความรู้ในเนื้อหาที่บรรยาย					
5. ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสม					

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*** ขอขอบคุณในความร่วมมือ ***

แบบสรุป

ความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนาตามโครงการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560

ประเภทโครงการ

- ☐ โครงการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิต
ชื่อโครงการ
- ☐ โครงการอบรม/สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการ
ชื่อโครงการ/กิจกรรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เพศ	จำนวน	ร้อยละ	งานที่รับผิดชอบ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย			งานสุขภาพจิต		
หญิง			อื่นๆ		
รวม			รวม		
อายุ			หน่วยงานที่สังกัด		
ต่ำกว่า 20 ปี			สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
20 – 29 ปี			โรงพยาบาลศูนย์		
30 – 39 ปี			โรงพยาบาลทั่วไป		
40 – 49 ปี			โรงพยาบาลชุมชน		
50 – 59 ปี			สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		
60 ปีขึ้นไป			โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
รวม			กรม/กองในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
ตำแหน่ง			กรม/กองนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
แพทย์			หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต		
พยาบาล			อื่นๆ		
นักวิชาการสาธารณสุข			รวม		
นักจิตวิทยา					
นักสังคมสงเคราะห์					
ครู					
แกนนำชุมชน					
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
อื่นๆ					
รวม					

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560

ประเด็นประเมิน		ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เนื้อหาความรู้ที่ได้รับ						
	1.1 เหมาะสมทันยุคสมัย	จำนวน				
	ร้อยละ					
1.2 เข้าใจง่าย						
	จำนวน					
	ร้อยละ					
1.3 นำไปใช้ประโยชน์ได้						
	จำนวน					
	ร้อยละ					
1.4 สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ						
	จำนวน					
	ร้อยละ					
1.5 ตรงกับความต้องการ						
	จำนวน					
	ร้อยละ					
2. สื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ (เช่น หนังสือ คู่มือ แผ่นพับ CD ฯลฯ)						
	2.1 ดึงดูดความสนใจ	จำนวน				
	ร้อยละ					
2.2 ง่ายต่อการนำไปใช้						
	จำนวน					
	ร้อยละ					
2.3 เหมาะสมกับผู้รับความรู้						
	จำนวน					
	ร้อยละ					
2.4 มีความเพียงพอต่อจำนวนผู้รับความรู้						
	จำนวน					
	ร้อยละ					
3. ลักษณะการถ่ายทอดความรู้ (เช่น การบรรยาย การฝึกปฏิบัติการทำกิจกรรม การดูงาน การทำกลุ่ม การทำกิจกรรมค่าย ฯลฯ)						
	3.1 ทันยุคสมัย	จำนวน				
	ร้อยละ					
3.2 สอดคล้องกับวัตถุประสงค์						
	จำนวน					
	ร้อยละ					
3.3 สอนเข้าใจง่าย						
	จำนวน					
	ร้อยละ					
3.4 เปิดโอกาสให้สอบถาม/แสดงความคิดเห็น						
	จำนวน					
	ร้อยละ					

ประเด็นประเมิน		ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4. วิทยากร	จำนวน					
	ร้อยละ					
4.1 สอนตรงกับเนื้อหา	จำนวน					
	ร้อยละ					
4.2 สอนเข้าใจง่าย	จำนวน					
	ร้อยละ					
4.3 เปิดโอกาสให้สอบถาม/แสดงความคิดเห็น	จำนวน					
	ร้อยละ					
4.4 ตอบข้อซักถามตรงประเด็น	จำนวน					
	ร้อยละ					
4.5 ความรู้ในเนื้อหาที่บรรยาย	จำนวน					
	ร้อยละ					
5. ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสม	จำนวน					
	ร้อยละ					

สรุป ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป เท่ากับ คิดเป็น ร้อยละ

ชื่อผู้ประสานงานหน่วยงาน

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail :.....

แบบสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการ
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7

1. ชื่อโครงการ
2. หลักการและเหตุผล
3. วัตถุประสงค์
4. ระยะเวลาในการจัด
5. งบประมาณ
6. เนื้อหาวิชาที่ถ่ายทอด
7. วิธีการประเมินผล (เช่น แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ แบบติดตามการนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์)
8. ผลการดำเนินงาน
 - 8.1 สรุปการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
 - 8.2 ผลลัพธ์ที่ได้
9. ปัญหา / อุปสรรค
10. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ดำเนินงานและผู้เข้าร่วมแผนงาน / โครงการตามกลุ่มเป้าหมาย

ลงชื่อ.....ผู้รับผิดชอบโครงการ
(.....)
วันที่

.....
ส่วนนี้สำหรับผู้อำนวยการ

ผลการประเมินบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ

☐ ผ่าน

☐ ไม่ผ่าน

กรณีไม่ผ่านการประเมิน มีข้อเสนอแนะ/ข้อควรปรับปรุงดังนี้

.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน
(.....)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
วันที่

.....
ส่วนนี้สำหรับผู้รับผิดชอบโครงการ

รับทราบผลการประเมิน

ลงชื่อ.....ผู้รับผิดชอบโครงการ
(.....)
วันที่

รายชื่อผู้จัดทำ

1. นางสาวนันทาวดี	วรรณวิสัย	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 7	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
2. นางสาวสิริพร	พุทธิพรโอภาส	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
3. นางสาววาสนา	ทักษิณพิลา	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
4. นางสาวชลิตา	สาโรจน์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
5. นางสาวลักษณา	สกุลทอง	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
6. นางสาวกุลิสรา	พิศาลเอก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
7. นางพัชรินทร์	วรรณรักษ์	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
8. นางสาวยุวนา	ไขว้พันธ์	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
9. นายมนัสพงษ์	มาลา	นักวิชาการสาธารณสุข	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7
10. ว่าที่ร้อยตรีหญิงปราณี	เนาวนิตย์	นักวิชาการสาธารณสุข	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7