

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. กิตติพร ปัญญาภิญโญผล ภาควิชาประเมินผลและวิจัยการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรศักดิ์ เลิศตระกานนท์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์นิพนธ์ เสริมพานิช ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. รองศาสตราจารย์ชลอศรี แดงเปี่ยม ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. อาจารย์ ดร. เกษม นครเขตต์ ภาควิชาพลานามัย คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

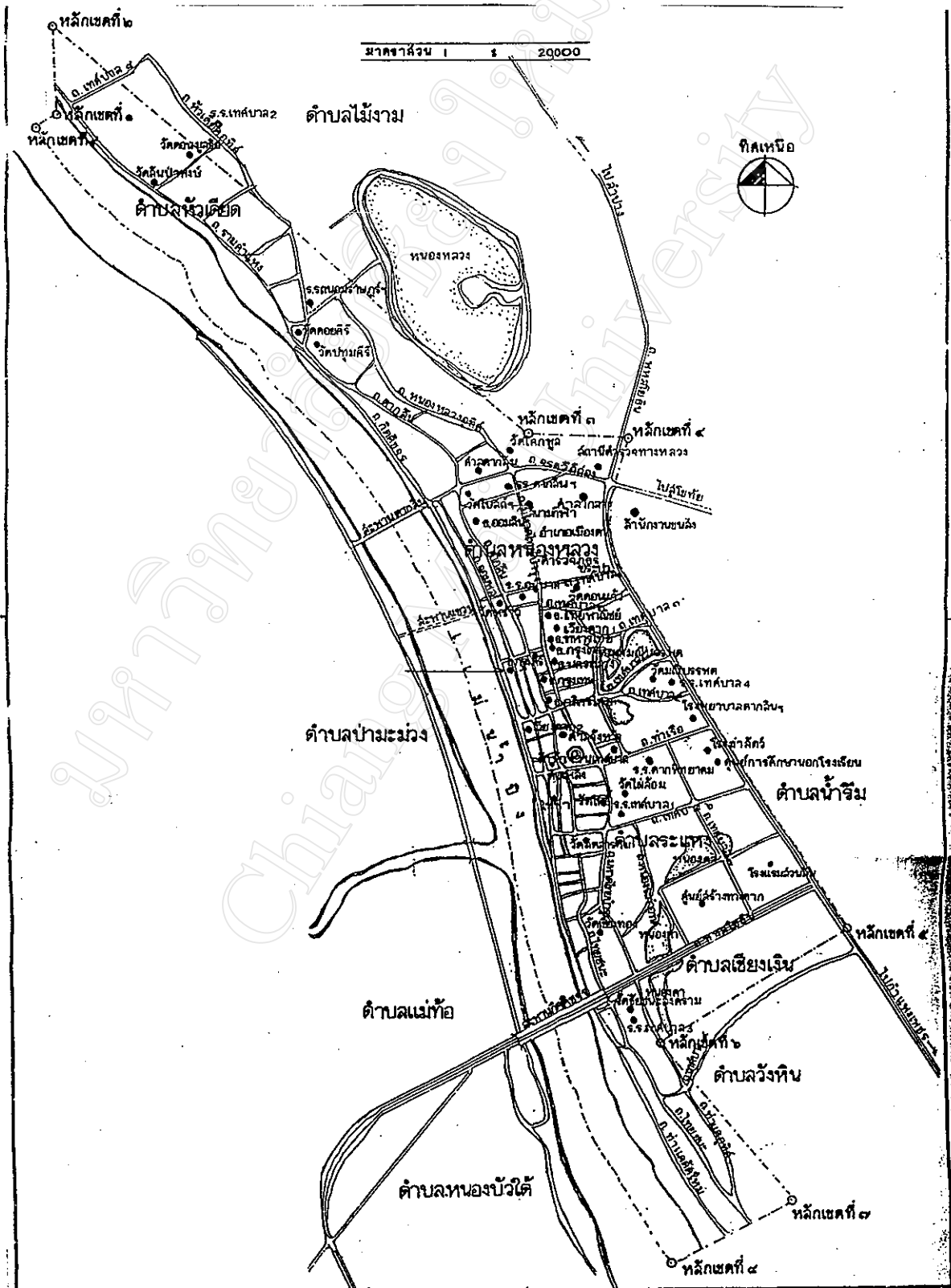
ภาคผนวก ข

รายนามอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค

1. นางพิกุล นันทเสน	ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
2. นางสาวทัศนีย์ ตาทิพย์	รองประธานอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
3. นางสาวพิมพ์ิรุณ วงษ์ลือ	รองประธานอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
4. นางนิตยา มั่นคง	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
5. นางวิจิต คำดี	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
6. นางสุพัตรา ศรีวิชัย	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
7. นางจิรพร อุดแก้ว	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
8. นางส่อง วรรณโให้	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
9. นางทองลั่น เนืองเอม	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
10. นางทองลั่น เนืองเอม	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
11. นายฮวย จำปาแดง	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
12. นายเขี้ยว บุญเม่น	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
13. นางทองอยู่ เชื้อทอง	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
14. นางสาวลัดดา เกวี	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
15. นางจรรยา ภาศักดิ์	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
16. นางสาวสมพร ทองวัฒน์	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค
17. นายสุทัศน์ ดวงเกษมสุข	อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหัวเตี้ยค

ภาคผนวก ก

แผนที่โดยสังเขป ตำบลหัวเตี้ยด



ภาคผนวก ง

แบบสอบถาม

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

239 ถนนห้วยแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

50200

ตุลาคม 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

ด้วยดิฉัน นางไพลิน จารี นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชา
 พละนาถย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กำลังทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง การตอบสนอง
 ของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
 ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่ง
 ในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านได้กรุณาตอบคำถาม ความคิดเห็น ที่แท้จริง
 ของท่าน คำตอบที่ได้จากท่านจะสรุปออกมาเป็นส่วนรวม จะไม่มีผลกระทบต่อท่านทั้งทางตรงและ
 ทางอ้อม คำตอบที่แท้จริงของท่านจะมีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงการให้
 บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียด ให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของประชาชนผู้มารับ
 บริการต่อไป

ขอขอบคุณที่ท่านกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้

ไพลิน จารี

แบบสอบถามชุดที่ 1

เรื่อง การตอบสนองของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ
ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

1. แบบสอบถามนี้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้และการคาดหวัง
 - ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจ และเงื่อนไขที่ทำให้ผู้รับบริการมาใช้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียด
 - ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะอื่นๆ
2. กรุณาอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน
3. กรุณาตอบแบบสอบถามทุกส่วนและทุกข้อตามความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่าน เพื่อให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ถูกต้องสมบูรณ์ และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการให้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดต่อไป
4. ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บไว้เป็นความลับและการวิเคราะห์ผลจะเป็นภาพรวม

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงสำหรับความร่วมมือของท่าน

ผู้วิจัย

ชุดที่ 1 สำหรับผู้ที่เคยรับบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความและเติมข้อความหรือ ตัวเลขลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

() ชาย () หญิง อายุ.....ปี

2. สถานภาพสมรส

() โสด () หม้าย () หย่าร้าง
() คู่ () แยกกันอยู่

3. ท่านมีการศึกษาสูงสุดระดับใด

() ไม่ได้ศึกษา () ต่ำกว่า หรือเท่ากับ ป. 4 () ม. 3
() ม. 6 () ปวช. () ปวส.
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
() อื่น ๆ ระบุ.....

4. อาชีพหลัก

() นักเรียน นักศึกษา () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ
() รับจ้าง () งานบ้าน () ค้าขาย
() เกษตรกรรม () ธุรกิจส่วนตัว () อื่น ๆ ระบุ.....

5. รายได้ต่อเดือน

() ไม่มีรายได้ () ต่ำกว่า 1,500 บาท
() 1,501 - 5,000 บาท () 5,001 - 10,000 บาท
() 10,001 - 15,000 บาท () มากกว่า 15,001 บาท

6. ท่านมีสิทธิในการรักษาพยาบาล

() บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย () ผู้สูงอายุ
() บัตรสุขภาพ () บัตรทอง 30 บาท
() เบิกได้ () ประกันสังคม
() ชำระเงินเอง

7. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

() ไม่มี () มี ระบุ.....

8. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีโรคประจำตัว หรือไม่

() ไม่มี () มี ระบุ.....

9. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีภาวะพิการ หรือทุพพลภาพ หรือไม่

() ไม่มี () มี ระบุ.....คน

10. สถานบริการรักษาพยาบาลใดที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ และมากที่สุด

() โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

() คลินิก

() สถานีอนามัย

() ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเตี้ยด

() กองสาธารณสุขเทศบาลเมืองตาก

() อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้และการคาดหวังของชุมชน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความและเติมข้อความหรือตัวเลขลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

2.1 แบบสอบถามด้านการรับรู้ต่อระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว

1. ท่านเคยมาใช้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเตี้ยดหรือไม่ ถ้าเคย ท่านมาใช้บริการด้านใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() เคย ด้าน () ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

() ป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน

() รักษาพยาบาล เช่น การตรวจรักษาโรคทั่วไป

()ฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การทำกายภาพบำบัด

() ชี้อา

() อื่น ๆ ระบุ.....

() ไม่เคยใช้บริการ

2. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์ชุมชนหัวเดียมีหน้าทียังไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
 - () ป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน
 - () รักษาพยาบาล เช่น การตรวจรักษาโรคทั่วไป
 - () ฟื้นฟูสภาพ เช่น การทำกายภาพบำบัด
 - () ไม่ทราบ
3. ท่านทราบหรือไม่ว่า ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียเป็นระบบบริการย่อยของหน่วยงานใด
 - () ทราบ ระบุ.....
 - () ไม่ทราบ
4. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดีย สามารถให้คำปรึกษา หรือแนะนำการดูแลสุขภาพได้
 - () ทราบ
 - () ไม่ทราบ
5. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดีย สามารถไปให้บริการด้านสุขภาพแก่ท่านถึงบ้านได้
 - () ทราบ
 - () ไม่ทราบ
6. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดีย มีระบบการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลในกรณีที่ศูนย์แพทย์นี้ให้การรักษาไม่ได้
 - () ทราบ
 - () ไม่ทราบ
7. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดีย เปิดบริการวันเวลาใด
 - () เปิดวันจันทร์ - ศุกร์ หยุดวันเสาร์ - อาทิตย์ และวันนักขัตฤกษ์ เวลา 8.30-12.00น.
 - () ไม่ทราบ
8. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดีย มีบุคลากรด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () แพทย์
 - () พยาบาล
 - () เกษตรกรหรือพนักงานเกษตร
 - () ไม่ทราบ
9. ท่านทราบหรือไม่ว่า ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียคนนอกจากให้บริการเหมือนโรงพยาบาลแล้วยังมีการให้บริการด้านอื่น ๆ อีกหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () ปฐมพยาบาล
 - () ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
 - () ติดตามเยี่ยมบ้าน
 - () การตรวจสุขภาพ
 - () แนะนำการวางแผนครอบครัว
 - () ไม่ทราบ

10. เมื่อท่านมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียด ท่านทราบหรือไม่ว่า ท่านจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของท่าน และการดูแลสุขภาพของท่าน
- () ทราบ () ไม่ทราบ
11. ท่านทราบหรือไม่ว่าถ้าท่านมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดท่านจะได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ของศูนย์แพทย์ฯ ได้
- () ทราบ () ไม่ทราบ
12. ท่านคิดว่า ถ้าท่านมีปัญหาด้านสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ท่านสามารถติดต่อศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดได้หรือไม่
- () ได้ เหตุผล.....
- () ไม่ได้ เหตุผล.....
13. ท่านทราบหรือไม่ว่าเมื่อท่านมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียด ท่านสามารถใช้สิทธิต่างๆ ที่มี เช่น บัตร สปร. เบิกได้ ประกันสังคม ฯลฯ ได้เหมือนกับการไปใช้บริการที่โรงพยาบาล
- () ทราบ () ไม่ทราบ
14. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดมีการติดตามเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คนพิการ ผู้สูงอายุ
- () ทราบ () ไม่ทราบ

2.2 แบบสอบถามด้านการคาดหวัง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับการคาดหวังของท่าน

ระดับความคาดหวัง

3 หมายถึง การคาดหวังระดับมาก

2 หมายถึง การคาดหวังระดับปานกลาง

1 หมายถึง การคาดหวังระดับน้อย

การคาดหวัง	ระดับการคาดหวัง		
	3	2	1
1. การอธิบายขั้นตอนของการมารับบริการ 2. ความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย 3. ความสะดวกในการตรวจรักษา 4. ความพอเพียงของแพทย์และพยาบาลในศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียด 5. การบริการตรวจรักษาคอนไจด์เร็ว 6. ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อตรวจโรคไม่นานเกินไป 7. ระยะเวลาการรอคอยเพื่อรับยา หรือเครื่องเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ไม่นานเกินไป 8. สถานที่ สิ่งแวดล้อมในศูนย์แพทย์ฯ สะอาดเป็นระเบียบ 9. เครื่องมือเครื่องใช้ เพื่อการตรวจรักษา อยู่ในสภาพดี และสะอาด 10. ยาที่ท่านได้รับจากศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดเป็นยาที่มีคุณภาพดี 11. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่แพง 12. มีระบบการส่งต่อที่ดีในกรณีที่รักษาไม่ได้ 13. มีระบบการนัดที่ต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด 14. มีการให้บริการด้านสุขศึกษา คำแนะนำ ให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพ 15. แพทย์ และพยาบาลมีความรู้ ความสามารถในการตรวจรักษาผู้ป่วย 16. แพทย์ และพยาบาลมีอัธยาศัย และพุดจาดี ต่อผู้ป่วย 17. มีการจัดคิวการตรวจอย่างเป็นระเบียบ ไม่มีการลัดคิวให้คนอื่น 18. คนมีฐานะหรือยากจนจะได้รับบริการที่เหมือนกัน 19. มีการปกป้องหรือรักษาความลับเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย 20. มีการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือขาดการติดต่อ			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความ และเติมข้อความหรือตัวเลขลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว

1. ท่านพอใจในขณะที่ทำบัตรผู้ป่วยหรือค้นหาบัตรผู้ป่วยหรือไม่
 - () พอใจ เหตุผล.....
 - () ไม่พอใจ เหตุผล.....
 - () เฉย ๆ
2. ท่านพอใจในขณะที่ทำหรือจัดลำดับการเข้าตรวจรักษาจากแพทย์หรือไม่
 - () พอใจ เหตุผล.....
 - () ไม่พอใจ เหตุผล.....
 - () เฉย ๆ
3. ท่านพอใจในขณะที่ย้ายรับการตรวจรักษาจากแพทย์ รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือไม่
 - () พอใจ เหตุผล.....
 - () ไม่พอใจ เหตุผล.....
 - () เฉย ๆ
4. ท่านพอใจเกี่ยวกับคำอธิบายของแพทย์และพยาบาลในปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพของท่านหรือไม่
 - () พอใจ เหตุผล.....
 - () ไม่พอใจ เหตุผล.....
 - () เฉย ๆ
5. ท่านพอใจเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจรักษาหรือไม่
 - () พอใจ เหตุผล.....
 - () ไม่พอใจ เหตุผล.....
 - () เฉย ๆ

6. ท่านพอใจเกี่ยวกับยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งคำแนะนำจากเภสัชกร/ พยาบาลหรือไม่
- () พอใจ เหตุผล.....
- () ไม่พอใจ เหตุผล.....
- () เฉย ๆ
7. ท่านพอใจในผลการรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านเมื่อท่านมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชน หัวเดียวหรือไม่
- () พอใจ เหตุผล.....
- () ไม่พอใจ เหตุผล.....
- () เฉย ๆ
8. ท่านคิดว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเหมาะสมกับการบริการที่ได้รับหรือไม่
- () เหมาะสม เหตุผล.....
- () ไม่เหมาะสม เหตุผล
9. ท่านพอใจในกิจกรรมของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวในด้านต่างๆ ดังนี้หรือไม่
- การวางแผนครอบครัว () พอใจ เหตุผล.....
- () ไม่พอใจ เหตุผล.....
- () เฉย ๆ
- การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ () พอใจ เหตุผล.....
- () ไม่พอใจ เหตุผล.....
- () เฉย ๆ
- การเยี่ยมบ้าน () พอใจ เหตุผล.....
- () ไม่พอใจ เหตุผล.....
- () เฉย ๆ
- () ไม่เคยได้รับการบริการด้านต่าง ๆ เหล่านี้
10. ท่านสามารถเปรียบเทียบได้หรือไม่ว่าความพึงพอใจของท่านต่อการบริการที่ได้รับจาก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช และศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียว แห่งใดมีมากกว่ากัน
- () พอใจศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวมากกว่าโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
- () พอใจโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชมากกว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียว
- () ไม่พอใจทั้งสองแห่ง
- () พอใจทั้งสองแห่ง

11. ท่านพอใจที่ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดให้ท่านสามารถใช้สิทธิต่าง ๆ ได้เหมือนกับการไปรับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชหรือไม่

- () พอใจ เหตุผล.....
- () ไม่พอใจ เหตุผล.....
- () เฉย ๆ

12. ในการมาใช้บริการครั้งต่อไป ท่านคิดว่าท่านจะกลับมาใช้บริการของศูนย์แพทย์ฯ หรือไม่

- () กลับมาใช้บริการอีก เหตุผล.....
- () ไม่กลับมาใช้บริการอีก เหตุผล.....
- () ไม่แน่ใจ

ส่วนที่4 เจื่อนใจที่ผู้รับบริการมาใช้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียด

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความ และเติมข้อความหรือตัวเลขลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

แบบสอบถามเกี่ยวกับเจื่อนใจที่ทำให้ผู้รับบริการมาใช้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียด

- ระยะทางจากบ้านท่านใกล้ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียด
() ใช้อย่างประมาณ กิโลเมตร () ไม่ใช่ ประมาณ กิโลเมตร
- การเดินทางจากบ้านท่านไปศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียด สะดวก
() ใช้อย่าง เดินทางโดยวิธี.....ใช้ระยะเวลาประมาณ.....นาที่
() ไม่ใช่
- ค่ารักษาพยาบาลของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดมีราคาไม่แพง ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้
() ใช้อย่าง () ไม่ใช่
- การที่ศูนย์แพทย์ฯ มาเปิดให้บริการในชุมชนของท่าน ท่านคิดว่าช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการ
() ใช้อย่าง () ไม่ใช่

5. ถ้าท่านจะกลับมาให้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดอีก ลักษณะการให้บริการ และอริยาสัยของเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ฯ ควรเป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| () ให้บริการเป็นกันเอง | () พูดจาไพเราะ หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส |
| () แต่งกายสะอาดเรียบร้อย | () รับฟังความคิดเห็นของท่าน |
| () ให้บริการด้วยความคล่องแคล่ว | () ใส่ใจในอาการเจ็บป่วยของท่าน |
| () อื่น ๆ ระบุ..... | |

6. ท่านคิดว่าสถานที่ตั้งและสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดควรเป็นอย่างไร

.....

.....

7. ท่านคิดว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดควรปรับปรุงการให้บริการด้านใดอีกบ้าง

.....

.....

8. ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

.....

.....

แบบสอบถามชุดที่ 2

**เรื่อง การตอบสนองของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ
ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช**

1. แบบสอบถามนี้มี 2 ส่วน ประกอบด้วย
 ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
 ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้และการคาดหวัง
2. กรุณาอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน
3. กรุณาตอบแบบสอบถามทุกส่วนและทุกข้อ ตามความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่าน เพื่อให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ถูกต้องสมบูรณ์ และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการให้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวฝายต่อไป
4. ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บไว้เป็นความลับและการวิเคราะห์ผลจะเป็นภาพรวม

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงสำหรับความร่วมมือของท่าน

ผู้วิจัย

ชุดที่ 2 สำหรับผู้ที่ไม่เคยรับบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความและเติมข้อความหรือตัวเลขลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

() ชาย () หญิง อายุ.....ปี

2. สถานภาพสมรส

() โสด () หม้าย () หย่าร้าง
() คู่ () แยกกันอยู่

3. ท่านมีการศึกษาสูงสุดระดับใด

() ไม่ได้ศึกษา () ต่ำกว่า หรือเท่ากับ ป. 4 () ม. 3
() ม. 6 () ปวช. () ปวส.
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
() อื่น ๆ ระบุ.....

4. อาชีพหลัก

() นักเรียน นักศึกษา () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ
() รับจ้าง () งานบ้าน () ค้าขาย
() เกษตรกรรม () ธุรกิจส่วนตัว () อื่น ๆ ระบุ.....

5. รายได้ต่อเดือน

() ไม่มีรายได้ () ต่ำกว่า 1,500 บาท
() 1,501 - 5,000 บาท () 5,001 - 10,000 บาท
() 10,001 - 15,000 บาท () มากกว่า 15,001 บาท

6. ท่านมีสิทธิในการรักษาพยาบาล

() บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย () ผู้สูงอายุ () บัตรสุขภาพ
() บัตรทอง 30 บาท () เบิกได้ () ประกันสังคม
() ชำระเงินเอง

7. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
() ไม่มี () มี ระบุ.....
8. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีโรคประจำตัว หรือไม่
() ไม่มี () มี ระบุ.....
9. สมาชิกในครอบครัวของท่านมีภาวะพิการ หรือทุพพลภาพ หรือไม่
() ไม่มี () มี ระบุ.....คน
10. สถานบริการรักษาพยาบาลใดที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ และมากที่สุด
() โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
() คลินิก
() สถานีอนามัย
() ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวด
() กองสาธารณสุขเทศบาลเมืองตาก
() อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้และการคาดหวังของชุมชน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความและเติมข้อความหรือตัวเลขลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

2.1 แบบสอบถามด้านการรับรู้ต่อระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว

1. ท่านเคยมาใช้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเขียดหรือไม่ ถ้าเคย ท่านมาใช้บริการด้านใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () เคย ด้าน () ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
- () ป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน
- () รักษาพยาบาล เช่น การตรวจรักษาโรคทั่วไป
- ()ฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การทำกายภาพบำบัด
- () ซึ้อยา
- () อื่น ๆ ระบุ.....
- () ไม่เคยใช้บริการ

2. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์ชุมชนหัวเดียคมีหน้าที่อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
 - () ป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน
 - () รักษาพยาบาล เช่น การตรวจรักษาโรคทั่วไป
 - () ฟื้นฟูสภาพ เช่น การทำกายภาพบำบัด
 - () ไม่ทราบ
3. ท่านทราบหรือไม่ว่า ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียคเป็นระบบบริการย่อยของหน่วยงานใด
 - () ทราบ ระบุ.....
 - () ไม่ทราบ
4. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียค สามารถ ให้คำปรึกษา หรือแนะนำการดูแลสุขภาพได้
 - () ทราบ
 - () ไม่ทราบ
5. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียค สามารถ ไปให้บริการด้านสุขภาพแก่ท่านถึงบ้านได้
 - () ทราบ
 - () ไม่ทราบ
6. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียค มีระบบการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลในกรณีที่ศูนย์แพทย์นี้ให้การรักษาไม่ได้
 - () ทราบ
 - () ไม่ทราบ
7. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียค เปิดบริการวันเวลาใด
 - () เปิดวันจันทร์ - ศุกร์ หยุดวันเสาร์ - อาทิตย์ และวันนักขัตฤกษ์ เวลา 8.30-12.00น.
 - () ไม่ทราบ
8. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียค มีบุคลากรด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () แพทย์
 - () พยาบาล
 - () เกษตรกรหรือพนักงานเกษตร
 - () ไม่ทราบ
9. ท่านทราบหรือไม่ว่า ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียคนอกจากให้บริการเหมือนโรงพยาบาลแล้วยังมีการให้บริการด้านอื่น ๆ อีกหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () ปฐมพยาบาล
 - () ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
 - () ติดตามเยี่ยมบ้าน
 - () การตรวจสุขภาพ
 - () แนะนำการวางแผนครอบครัว
 - () ไม่ทราบ

10. เมื่อท่านมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียด ท่านทราบหรือไม่ว่า ท่านจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของท่าน และการดูแลสุขภาพของท่าน
- () ทราบ () ไม่ทราบ
11. ท่านทราบหรือไม่ว่าถ้าท่านมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดท่านจะได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ของศูนย์แพทย์ฯ ได้
- () ทราบ () ไม่ทราบ
12. ท่านคิดว่า ถ้าท่านมีปัญหาด้านสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ท่านสามารถติดต่อศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดได้หรือไม่
- () ได้ เหตุผล.....
- () ไม่ได้ เหตุผล.....
13. ท่านทราบหรือไม่ว่าเมื่อท่านมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียด ท่านสามารถใช้สิทธิต่าง ๆ ที่มี เช่น บัตร สปร. เบิกได้ ประกันสังคม ฯลฯ ได้เหมือนกับการไปใช้บริการที่โรงพยาบาล
- () ทราบ () ไม่ทราบ
14. ท่านทราบหรือไม่ว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียดมีการติดตามเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คนพิการ ผู้สูงอายุ
- () ทราบ () ไม่ทราบ

2.2 แบบสอบถามด้านการคาดหวัง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับการคาดหวังของท่าน

ระดับความคาดหวัง

3 หมายถึง การคาดหวังระดับมาก

2 หมายถึง การคาดหวังระดับปานกลาง

1 หมายถึง การคาดหวังระดับน้อย

การคาดหวัง	ระดับการคาดหวัง		
	3	2	1
1. การอธิบายขั้นตอนของการมารับบริการ 2. ความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย 3. ความสะดวกในการตรวจรักษา 4. ความพอเพียงของแพทย์และพยาบาลในศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวค 5. การบริการตรวจรักษาคนไข้รวดเร็ว 6. ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อตรวจโรคไม่นานเกินไป 7. ระยะเวลาการรอคอยเพื่อรับยา หรือเครื่องเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ไม่นานเกินไป 8. สถานที่ สิ่งแวดล้อมในศูนย์แพทย์ฯ สะอาดเป็นระเบียบ 9. เครื่องมือเครื่องใช้ เพื่อการตรวจรักษา อยู่ในสภาพดี และสะอาด 10. ยาที่ท่านได้รับจากศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวคเป็นยาที่มีคุณภาพดี 11. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่แพง 12. มีระบบการส่งต่อที่ดีในกรณีรักษาไม่ได้ 13. มีระบบการนัดที่ต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด 14. มีการให้บริการด้านสุขศึกษา คำแนะนำ ให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพ 15. แพทย์ และพยาบาลมีความรู้ ความสามารถในการตรวจรักษาผู้ป่วย 16. แพทย์ และพยาบาลมีอัธยาศัย และพุดจาดี ต่อผู้ป่วย 17. มีการจัดคิวการตรวจอย่างเป็นระเบียบ ไม่มีการลัดคิวให้คนอื่น 18. คนมีฐานะหรือยากจนจะได้รับบริการที่เหมือนกัน 19. มีการปกป้องหรือรักษาความลับเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย 20. มีการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือขาดการติดต่อ			

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล

นางไพลิน จารี

วัน เดือน ปีเกิด

14 กุมภาพันธ์ 2515

ที่อยู่ปัจจุบัน

413/1 ถนนมหาดไทยบำรุง ตำบลระแหง
อำเภอเมือง จังหวัดตาก

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2533–2537

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พ.ศ.2539–2540

ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี
กรมการแพทย์

ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2537

โรงพยาบาลมหารัช 2 อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

พ.ศ.2538–2542

โรงพยาบาลบรมราชชนกเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

พ.ศ.2542–ปัจจุบัน

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
อำเภอเมือง จังหวัดตาก