

ภาคผนวก

หมายเลขแบบสอบถาม.....

**แบบสอบถามการวิจัยเรื่องการบริหารจัดการของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา  
กรณีศึกษาโครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” ที่มีผลต่อ  
พฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ  
สถานบริการปฐมภูมิ(เครือข่าย).....**

คำชี้แจง กรุณาแสดงความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ภายใต้โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” ที่มีผลต่อพฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และมารับบริการด้านสุขภาพจากสถานบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของท่าน มีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงงานบริการของเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการบริการที่ดีต่อผู้รับบริการ โดยทั่วไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการเพื่อการบริการ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการ

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป โปรดเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง  
ของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว หรือเติมข้อให้สมบูรณ์

1. เพศ

1.  ชาย

2.  หญิง

2. อายุ ..... ปี

3.สถานภาพสมรส

1.  โสด

2.  สมรส

3.  หม้าย/หย่าร้าง

## 4. การศึกษาสูงสุด

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา | 2. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา/ปวช. |
| 3. <input type="checkbox"/> อนุปริญญาหรือปวส.            | 4. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรีขึ้นไป |

## 5. อาชีพหลัก

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> รับราชการ      | 2. <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม               |
| 3. <input type="checkbox"/> ค้าขาย         | 4. <input type="checkbox"/> ลูกจ้างเอกชน (ทุกระดับ) |
| 5. <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ    | 6. <input type="checkbox"/> นักศึกษา/นักเรียน       |
| 7. <input type="checkbox"/> ไม่ประกอบอาชีพ | 8. <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....             |

## 6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท | 2. <input type="checkbox"/> 3,001-5,000 บาท  |
| 3. <input type="checkbox"/> 5,001-7,000 บาท              | 4. <input type="checkbox"/> 7,001-9,000 บาท  |
| 5. <input type="checkbox"/> 9,001-10,000 บาท             | 6. <input type="checkbox"/> 10,001 บาทขึ้นไป |

## 7. สิทธิด้านการรักษาพยาบาลของการมารับบริการในครั้งนี้ (ของผู้รับบริการ)

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> จ่ายเงินเอง             | 2. <input type="checkbox"/> บัตรทอง (ท.)   |
| 3. <input type="checkbox"/> บัตรทอง (30 บาท)        | 4. <input type="checkbox"/> ประกันสังคม    |
| 5. <input type="checkbox"/> พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ    | 6. <input type="checkbox"/> ประกันภัยต่างๆ |
| 7. <input type="checkbox"/> ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ | 8. <input type="checkbox"/> อื่นๆ          |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้รับบริการ โปรดเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง  
หน้าข้อความที่ท่านต้องการมากที่สุด

1. สาเหตุที่ท่านเลือกมารับบริการในครั้งนี้ เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1.  เดินทางสะดวก
2.  เป็นหน่วยบริการประจำตามบัตร
3.  เป็นหน่วยประจำตามสิทธิประกันสังคม
4.  มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
5.  บริการดี / รวดเร็ว
6.  ชอบอรรถยาศัยของเจ้าหน้าที่
7.  สถานที่สะดวกสบาย
8.  เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลนี้
9.  ค่ารักษาไม่แพง
10.  อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. ท่านมารับการตรวจ / บริการด้านใด

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> ตรวจรักษาโรคทั่วไป    | 2. <input type="checkbox"/> ตรวจรักษาโรคประจำตัว        |
| 3. <input type="checkbox"/> ทันตกรรม              | 4. <input type="checkbox"/> ผ่ากักรรภ์                  |
| 5. <input type="checkbox"/> รับบริการคุมกำเนิด    | 6. <input type="checkbox"/> คลินิกสุขภาพเด็กดี / วัคซีน |
| 7. <input type="checkbox"/> ฉีดยาทำแผล            |   |
| 8. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ ..... |   |

3. วันเวลาที่ใช้บริการ

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> จันทร์ - ศุกร์ | 2. <input type="checkbox"/> เสาร์ - อาทิตย์ |
|--|---|

4. ช่วงเวลาที่ใช้บริการเป็นประจำ

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 8.00 – 12.00 น.  | 2. <input type="checkbox"/> 12.01 - 16.00 น. |
| 3. <input type="checkbox"/> 16.01 – 20.00 น. |  |

## 5. ความถี่ในการใช้บริการ

1.  นานๆ ครั้ง (มารับบริการ น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง)
2.  ใช้บริการเป็นประจำ (มารับบริการ มากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา  
โปรดเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหน้าข้อความที่ท่านต้องการ มากที่สุดเพียงช่องเดียว  
โดยมีระดับคะแนนดังนี้

- มากที่สุด 5 คะแนน มีระดับความคิดเห็นข้อความนั้นทั้งหมด
- มาก 4 คะแนน มีระดับความคิดเห็นกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
- ปานกลาง 3 คะแนน มีระดับความคิดเห็นกับข้อความนั้นบางส่วน
- น้อย 2 คะแนน ไม่มีระดับความคิดเห็นกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
- น้อยที่สุด 1 คะแนน ไม่มีระดับความคิดเห็นกับข้อความนั้นทั้งหมด

รายการ	ระดับความคิดเห็นด้านการบริหารจัดการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การวางแผนการให้บริการ					
1.1 มีการวางแผนการปฏิบัติงานชัดเจนและแจ้งให้ผู้รับบริการทราบ					
1.2 การจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ เหมาะสมกับปริมาณงานที่รับผิดชอบ					
1.3 มีขั้นตอนและกระบวนการในการเข้ารับบริการที่ไม่ยุ่งยาก					
1.4 การจัดสรรเครื่องมือทางการแพทย์ที่เหมาะสม และเพียงพอ					
1.5 มีการเตรียมความพร้อมในการให้บริการตลอดเวลา					

รายการ	ระดับความคิดเห็นด้านการบริหารจัดการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>2. การจัดการการให้บริการ</b>					
2.1 โรงพยาบาลมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากในการรับบริการ					
2.2 มีการจัดระบบส่งต่อที่สะดวก และรวดเร็ว					
2.3 มีระบบการจัดการองค์การให้เกิดการเรียนรู้และเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง					
2.4 การดูแลอาคารสถานที่ที่มีความสะอาด เรียบร้อย และต่อเนื่อง					
2.5 บุคลากรมีเพียงพอต่อการบริการ					
<b>3. การจูงใจให้มาใช้บริการด้านมาตรฐานและคุณภาพการบริการ</b>					
3.1 มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจรูปแบบการบริการ					
3.2 มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ					
3.3 มีความเสมอภาคแก่ผู้ใช้บริการอย่างเท่าเทียมกันทุกคน					
3.4 มีการปรับปรุงมาตรฐานในการให้บริการตลอดเวลา					
<b>4. การควบคุมคุณภาพการให้บริการ</b>					
4.1 มีการให้การรักษา ปรีกษา แนะนำ ชดเชย จากบุคลากรทาง การแพทย์					
4.2 มีวัสดุและอุปกรณ์ที่มีคุณภาพเพียงพอต่อการให้บริการ					
4.3 มีวัสดุและอุปกรณ์ที่ทันสมัยเหมาะสมกับการให้บริการ					
4.4 ระยะเวลาในการรอคอยการบริการ					
4.5 มีการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ					

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โปรดเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหน้าข้อความที่  
ท่านต้องการ มากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยมีระดับคะแนนดังนี้

- มากที่สุด 5 คะแนน มีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นทั้งหมด  
 มาก 4 คะแนน มีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่  
 ปานกลาง 3 คะแนน มีความรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นบางส่วน  
 น้อย 2 คะแนน มีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่  
 น้อยที่สุด 1 คะแนน มีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับข้อความนั้นทั้งหมด

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>1. ด้านบุคลากร</b>					
1.1. เจ้าหน้าที่แสดงความเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ					
1.2. เจ้าหน้าที่มีมารยาทดี ในการให้บริการ					
1.3. เจ้าหน้าที่มีการแต่งกาย สุภาพ สะอาด เรียบร้อย					
1.4. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการ					
1.5. แพทย์ มีความละเอียด/ ความสามารถในการตรวจและมีความใส่ใจต่อการบอกเล่า อาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ					
<b>2. อาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม</b>					
2.1. ห้องน้ำมีความสะอาดและเพียงพอ					
2.2. ที่นั่งพักขณะรอรับบริการแต่ละหน่วยบริการมีเพียงพอ					
2.3. มีป้ายแสดง / บอกหน่วยบริการต่าง ๆ อย่างชัดเจน					
2.4. อาคารสถานที่ มีความสะอาด มีความสว่าง/ มีการระบายอากาศดี					
2.5. สถานที่จอดรถเพียงพอ					

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>3. ด้านมาตรฐานและคุณภาพการบริการ</b>					
3.1 การจัดลำดับการให้บริการ เป็นขั้นตอนสะดวก รวดเร็ว					
3.2 ข้อเสนอแนะในการใช้ยารักษาโรค					
3.3 การให้สุขศึกษา / ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ					
3.4 คำแนะนำและอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของ ผู้รับบริการต่อโรคที่เป็น					
3.5 การบริการอย่างทั่วถึงและเพียงพอของเจ้าหน้าที่					
3.6 ใช้เวลารอคอยที่เหมาะสมในการรับบริการแต่ละครั้ง					
3.7 ระบบการนัดหมายเพื่อรับการรักษาย่างต่อเนื่อง					
3.8 การประชาสัมพันธ์หรือการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่อผู้รับบริการ					
3.9 ระบบส่งต่อเพื่อการรักษา					
3.10 ระบบการรักษาที่ดีมีคุณภาพ					
3.11 การจ่ายยารักษาโรคให้แก่ผู้รับบริการทุกคนมี มาตรฐานเดียวกัน					
3.12 ด้านความพร้อม ความทันสมัยของอุปกรณ์/ เครื่องมือการตรวจโรค					
<b>4. ด้านวัสดุอุปกรณ์</b>					
4.1 ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์					
4.2 ความทันสมัยของวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์					
4.3 วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้งานได้ดี					
4.4 ลักษณะการเก็บรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์					

ขอขอบพระคุณที่ท่านกรุณาใช้เวลาตอบแบบสอบถามครบทุกข้อมา ณ โอกาสนี้