



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. ดร.อุบล ชะไวทย์วิชัย
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคอนแก้ว
อาจารย์พิเศษ
มหาวิทยาลัยแม่โจ้
2. ดร.ทรงยศ คำชัย
นักวิชาสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้าฝ่ายงานสุขภาพภาคประชาชน
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่
3. นายศุทธา แพร่สี
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้ว
อาจารย์พิเศษ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเชียงใหม่

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หมายเลขแบบสอบถาม.....



แบบสอบถาม

เรื่อง ความคาดหวัง การรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพบริการ
โรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้ว อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

เอกสารชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวัง การรับรู้และความพึงพอใจ ของประชาชนต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้ว อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

แบบสอบถาม จะมีการสอบถามข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้ว ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวัง การรับรู้ และความพึงพอใจ ต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้ว การตอบแบบสอบถามแยกเป็น 2 ครั้งดังนี้ ครั้ง 1 ตอบก่อนรับบริการ คือ ตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้วและ ตามความคาดหวัง ครั้งที่ 2 ตอบหลังรับบริการ ตอบแบบสอบถาม การรับรู้ และความพึงพอใจพร้อมทั้งข้อเสนอแนะ

หากท่านตัดสินใจตอบแบบสอบถามจะมีขั้นตอนโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20 นาที ขณะตอบแบบสอบถาม ท่านอาจรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้น จะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่ประการใด

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะรายบุคคล การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามครั้งนี้จะนำไปวางแผนเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้ว ในการพัฒนาคุณภาพบริการ และสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้วต่อไป

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับ ผู้รับผิดชอบโครงการฯ งานวิจัย นางภัทรจารินทร์ คุณารูป นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้ว อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ 086-9110952 E-mail donkk.osm@gmail.com

ขอขอบคุณในความร่วมมืือ

นางภัทรจารินทร์ คุณารูป

นักศึกษาลัทธิไตรสารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดให้คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านโดยใช้เครื่องหมาย ✓

ลงในช่อง() หน้าคำตอบที่ตรงกับตัวท่านและเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

สำหรับ
ผู้วิจัย

1. เพศ ☐ 1
 - () 1. ชาย () 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (ไม่นับเศษเดือน) ☐ 2
3. สถานภาพสมรส ☐ 3
 - () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง/แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ 4
 - () 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 - () 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. () 4. อนุปริญญา/ ปวส.
 - () 5.ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ ☐ 5
 - () 1. เกษตรกรรม () 2. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 - () 3. รับจ้าง () 4. นักเรียน/นักศึกษา
 - () 5. แม่บ้าน/ไม่ได้มีงานประจำ () 6. รับราชการ/พนักงานของรัฐ
 - () 7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
6. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน (รวมรายได้ประจำและรายได้เสริม) ☐ 6
 - () 1. ไม่มีรายได้ () 2. น้อยกว่า 5,000 บาท
 - () 3. 5,000-10,000 บาท () 4. 10,001-15,000 บาท
 - () 5. 15,001-20,000 บาท () 6. 20,001-25,000 บาท
 - () 7. 25,001-30,000 บาท () 8. มากกว่า 30,000 บาท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้วของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ท่านมีโรคประจำตัวหรือมีปัญหาสุขภาพที่เป็นเรื้อรังมานานเกินกว่า 6 เดือน หรือไม่ ☐ 1
 - ☐ 1. ไม่มี
 - ☐ 2. มีระบุโรค 1.).....2.).....3.).....
 - 4.)5.).....6.).....
2. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านมาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้วทั้งหมด.....ครั้ง ☐ 2
3. การมารับบริการครั้งนี้ท่านมาโรงพยาบาลท่านมารับบริการในแผนกใด ☐ 3
 - () 1. คลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง () 2. บริการตรวจสุขภาพ

() 3. แพทย์แผนไทย

() 4. ตรวจรักษาโรคทั่วไป

() 5. จี๊ดวัคซีน

() 6. อื่นๆ(ระบุ).....

4. การมารับบริการครั้งนี้ท่านมาโรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้วภาวะสุขภาพของท่านคิดว่าเป็นอย่างไร

1. ไม่ดีมาก(รุนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) 2. ไม่ดี(สุขภาพแย่มากไม่สบายมาก) 3. พอใช้ (อยู่แล้วไม่มีความสุขในชีวิตประจำวัน) 4. ดี(ไม่มีอาการแต่ต้องมาตามนัดหรือคิดต่อราชการอื่นๆ) 5. ดีมาก (มีความสุขพอใจในสุขภาพของตนเอง แต่มาตามนัด หรือคิดต่อราชการอื่นๆ) ☐ 4

5. หลังจากที่ท่านได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้ว ครั้งนี้ ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านจะดีขึ้นหรือไม่ ☐ 5

() 1. ไม่ดีขึ้น

() 2. ไม่แน่ใจ

() 2. เหมือนเดิม

() 3. ดีขึ้น

6. การมารับบริการครั้งนี้ท่านมาโรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้ว ท่านใช้เวลาอยู่ที่โรงพยาบาลนาน..... ชั่วโมง..... นาที ☐ 6

7. เหตุจูงใจที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ท่านมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้ว(เลือกคำตอบได้ข้อเดียวที่เป็นเหตุจูงใจ) ☐ 7

() 1. จากคำบอกเล่าว่าบริการดี

() 2. เคยรับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้มาก่อน

() 3. ใกล้บ้านสะดวกในการเดินทาง

() 4. ศรัทธาในโรงพยาบาลแห่งนี้ /ศรัทธาต่อตัวเจ้าหน้าที่

() 5. บริการครบวงจร (เหมือนกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่)

() 6. มีบริการแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ โรงพยาบาล คือบ้าน บ้านคือ โรงพยาบาล(โรงพยาบาล คือบ้าน หมายถึงการบริการที่ใส่ใจใกล้ชิด อุ่นใจเหมือนกับญาติ อยู่กับบ้าน สิ่งแวดล้อมเหมือนบ้าน บ้านคือ โรงพยาบาล หมายถึง การดูแลสุขภาพเชิงรุก เยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน)

() 7. อื่นๆโปรดระบุ.....

8. ท่านพอใจหรือชอบรูปแบบการจัดโรงพยาบาล ในลักษณะ“โรงพยาบาลคือบ้าน บ้านคือโรงพยาบาล” หรือไม่ ☐ 8

() ไม่ชอบ

() เล็กๆ

() ชอบ

() ชอบมาก

() ชอบมากที่สุด

หากท่านไม่พอใจหรือไม่ชอบกับการจัดโรงพยาบาล ในลักษณะนี้ท่านมีความเห็นอย่างไร

9. ท่านจะมารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้อีกต่อไปหรือไม่ ☐ 9

- () 1. มาโปรดระบุเหตุผล.....
- () 2. ไม่แน่ใจโปรดระบุเหตุผล.....
- () 3. ไม่มาโปรดระบุเหตุผล.....



คำชี้แจงโปรดแสดงความคิดเห็นต่อคุณภาพบริการที่ได้รับเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการของ
โรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้ว

1. บริการที่เห็นและสัมผัสได้ ได้แก่สถานที่อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ

ข้อเสนอแนะ.....
.....
.....
.....
.....

2. ความน่าเชื่อถือ และมีความไว้วางใจแก่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ ในขณะมารับบริการ

ข้อเสนอแนะ.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. เจ้าหน้าที่ที่มีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการให้บริการทันทีทันใดและรวดเร็วรับไว้

ข้อเสนอแนะ.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. เจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างมีความรู้ทักษะความสามารถ ความซื่อสัตย์และมีสัมมาคารวะ

ข้อเสนอแนะ.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. เจ้าหน้าที่ สามารถในการเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคน และการบริการแบบใกล้ชิดบ้าน ใกล้ใจ โรงพยาบาลคือบ้าน บ้านคือโรงพยาบาล (มาโรงพยาบาลแล้วอุ่นใจเหมือนมีเพื่อนบ้านคอยดูแล และ คัดตามดูแลถึงที่บ้านจนมีความเจ็บป่วย)

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. ด้านอื่นๆโปรดระบุ.....

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

.....

.....



ตารางวิเคราะห์ค่าความเที่ยง(IOC)

เรื่อง ความคาดหวัง การรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพบริการ

โรงพยาบาลชุมชนตำบลคอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

1.ระดับบริการตามความคาดหวัง 2. ระดับบริการตามการรับรู้(ที่ได้รับจริง) 3. ระดับความพึงพอใจ

รายการพิจารณา	ประมาณค่าความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญคนที่				การแปลผล
	1	2	3	ค่า ioc	
1. สถานที่สะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย	1	1	1	1.0	ใช้ได้
2. มีสิ่งอำนวยความสะดวกเช่นน้ำดื่ม ที่นั่งพักเอกสาร ให้ ความรู้ต่างๆที่เพียงพอ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
3. มีเครื่องมือเครื่องใช้ ทางการแพทย์ที่เพียงพอ	-1	1	1	0.4	ปรับปรุง
4. มีป้ายแผนผังบอกขั้นตอนการให้บริการที่เข้าใจง่าย	1	1	1	1.0	ใช้ได้
5. ห้องตรวจโรคและห้องให้บริการต่างๆแยกเป็นสัดส่วน	1	1	1	1.0	ใช้ได้
6. เจ้าหน้าที่แต่งกายสุภาพเรียบร้อย	1	1	1	1.0	ใช้ได้
7. เจ้าหน้าที่แสดงออกถึงความพร้อมและเต็มใจในการ ให้บริการ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
8. ความรู้ความสามารถในการให้บริการของเจ้าหน้าที่	1	0	1	0.7	ใช้ได้
9. ผู้รับบริการทุกคนได้รับบริการด้วยมาตรฐานเดียวกัน	0	1	1	0.7	ใช้ได้
10. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ – สกุลทุกครั้ง ก่อนให้บริการ	0	1	1	0.7	ใช้ได้
11.แพทย์และ เจ้าหน้าที่ที่มีจำนวนเพียงพอในการให้บริการ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
12.การมีแพทย์มาให้บริการ ในคลินิกสัปดาห์ละ 3 วัน(จันทร์, อังคารและพฤหัสบดี)	1	-1	1	0.4	ปรับปรุง
13. ความรวดเร็วในการให้บริการของเจ้าหน้าที่	-1	1	1	0.4	ปรับปรุง
14.เจ้าหน้าที่มีการสอบถามก่อนการรักษาพยาบาลหรือให้บริการ อื่นๆก่อนทุกครั้ง	1	1	1	1.0	ใช้ได้

รายการพิจารณา	ประมาณค่าความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญคนที่				การแปลผล
	1	2	3	ค่า ioc	
15. ความตรงต่อเวลาของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
16. มียาและอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับให้บริการอย่างเพียงพอ	0	1	1	0.7	ใช้ได้
17. เจ้าหน้าที่ให้ความมั่นใจแก่ท่านในการให้บริการ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
18. การให้บริการของเจ้าหน้าที่ตรงตามที่ได้อธิบายไว้ก่อนให้บริการ	1	1	0	0.7	ใช้ได้
19. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลสุขภาพผลการตรวจรักษาอย่างตรงไปตรงมา	1	1	1	1.0	ใช้ได้
20. ข้อมูลสุขภาพของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ	-1	1	1	0.4	ปรับปรุง
21. เจ้าหน้าที่แสดงความเป็นกันเองในการให้บริการ	1	1	1	1.0	ใช้ได้
22. เจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ท่านโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย	0	0	1	0.4	ปรับปรุง
23. เจ้าหน้าที่เข้าใจปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการของท่าน	1	1	1	1.0	ใช้ได้
24. เจ้าหน้าที่ติดต่อสื่อสารกับท่านด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย	1	1	1	1.0	ใช้ได้
25. เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านซักถามและยินดีตอบข้อซักถาม	1	1	1	1.0	ใช้ได้
26. เจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ท่านโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ	0	1	1	0.7	ใช้ได้

ค่า IOC = $21.2/26 = 0.82$ ค่า IOC สรุปว่าแบบสอบถามนี้ใช้ได้

กำหนดคะแนนของผู้เชี่ยวชาญเป็น +1 หรือ 0 หรือ -1 ดังนี้

1 คือ แน่ใจว่าข้อสอบข้อนั้นวัดจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ระบุไว้จริง

0 คือ ไม่แน่ใจว่าข้อสอบนั้นวัดจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ระบุไว้

-1 คือ แน่ใจว่าข้อสอบข้อนั้นไม่ได้วัดจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ระบุ

เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

ภาคผนวก ก

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในคน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

Ethical Committee, Chiang Mai Provincial Public Health Office

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้และเอกสารประกอบของการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่างได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในคน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ แล้วคณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อการวิจัย (ไทย) : ความคาดหวัง การรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

ชื่อการวิจัย (อังกฤษ) : The Expectation, Perception and Satisfaction of People toward Quality Service in Donkaew Community Hospital in Maerim District, Chiang Mai Province

รหัสการวิจัย (ถ้ามี) : EC-CMPHO ๐๔/๒๕๕๘

สถาบันที่สังกัด : ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ผู้วิจัยหลัก : นางภัทราจิราพร คุณาวุฒ

เอกสารที่พิจารณาพบทวน

- | | |
|---------------------------------|---|
| ๑. แบบเสนอการวิจัย | ฉบับที่.....๑.....วัน/เดือน/ปี..๑๘...มีนาคม...๒๕๕๘..... |
| ๒. โครงร่างวิจัย | ฉบับที่.....๒.....วัน/เดือน/ปี..๑๘...มีนาคม...๒๕๕๘..... |
| ๓. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย | ฉบับที่.....๓.....วัน/เดือน/ปี..๑๘...มีนาคม...๒๕๕๘..... |
| ๔. แบบเก็บข้อมูล | ฉบับที่.....๔.....วัน/เดือน/ปี..๑๘...มีนาคม...๒๕๕๘..... |
| ๕. ใบยินยอมอาสาสมัคร | ฉบับที่.....๕.....วัน/เดือน/ปี..๑๘...มีนาคม...๒๕๕๘..... |
| ๖. ประวัติและผลงานวิจัย | ฉบับที่.....๖.....วัน/เดือน/ปี..๑๘...มีนาคม...๒๕๕๘..... |

ลงนาม

(ดร.ทพ. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในคน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

วันที่ ๓๑ เมษายน ๒๕๕๘

หมายเลขรับรอง : EC-CMPHO ๐๔/๕๕

วันที่ให้การรับรอง : ๓๑ เมษายน ๒๕๕๘ วันหมดอายุใบรับรอง : ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘

ภาคผนวก ง

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับ

1) ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป (2) เด็กโตอายุระหว่าง 13 - ก่อน 18 ปีบริบูรณ์ (3) ผู้ปกครองของเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 13 ปี
 ปรดปรับเปลี่ยนสรพนามที่ใช้ และรายละเอียดโครงการตามความเหมาะสม

หมายเหตุ: แบบฟอร์มนี้เป็นเพียงตัวอย่าง ท่านสามารถปรับปรุงเนื้อหาตามความเหมาะสมของโครงการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป หรือเป็นเด็กโตอายุระหว่าง 13 - ก่อน 18 ปี บริบูรณ์) ข้าพเจ้า

(นาย /นาง /นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ขอ

แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่องความคาดหวัง การรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพ

บริการโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

หรือ(*ในกรณีเป็นผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่เป็นเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 13 ปี)

ข้าพเจ้า (นาย /นาง /

นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นบิดา /มารดา /ผู้ปกครองของ (ค.ญ. /ค.ช.)อายุ.....ปี ขอ

แสดงเจตนายินยอมให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่องความคาดหวัง การรับรู้และความพึงพอใจ

ของประชาชนต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

โดยข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยและ /หรือได้รับฟังคำอธิบายจาก.....(ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล) และ

ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่

ข้าพเจ้า (หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้า (หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า

ตามความเหมาะสม) จะได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ (ระบุตามความเหมาะสมให้

สอดคล้องกับลักษณะโครงการ) ตลอดจนค่าตอบแทนที่จะได้รับ และค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบ จ่ายเอง

และข้าพเจ้า (หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) ยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า (หรือเด็ก

ในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) ที่ได้รับจากการวิจัย โดยให้นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้นแต่จะไม่

เผยแพร่ ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ข้าพเจ้า (หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) สามารถถอนตัวหรือขอเข้า

ร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรับบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้า (หรือเด็ก

ในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) จะได้รับต่อไปในอนาคต

หากข้าพเจ้า (หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) มีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า (หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ นางภัทราจารินทร์ คุณารูป ที่อยู่เลขที่ 98/4 หมู่ 2 ตำบลห้วยทราย อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-5312-1572 โทรศัพท์มือถือ 086-9110952

หากข้าพเจ้า (หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถแจ้งให้คณะกรรมการจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทร. 0 53 211048-50 ต่อ

ข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ ข้าพเจ้าสามารถที่จะปฏิเสธในการให้สัมภาษณ์หรือเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวข้าพเจ้า

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อผู้ปกครอง

(.....)

(เกี่ยวข้องเป็น.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

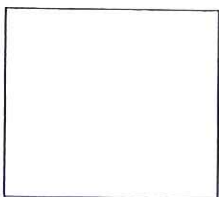
ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล/ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายมือนิ้วแทนดังนี้ :

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจ ข้าพเจ้าจึงประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ลายมือชื่อผู้อธิบาย/อ่านข้อความ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

พยาน(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

.....

ประทับลายนิ้วมือของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ (1) ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นเด็กโตอายุ 13 ถึงก่อน 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อ
ทั้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (เด็ก) และผู้ปกครองด้วย

(2) พยานต้องไม่ใช่แพทย์หรือผู้วิจัย

(3) ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้อ่านข้อความต้องไม่เป็นแพทย์ผู้รักษาเพื่อป้องกันการเข้าร่วมโครงการด้วยความเกรงใจ

(โปรดมอบสำเนาเอกสารฉบับนี้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้ปกครอง 1 ฉบับ)



ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือในการวิจัย

ที่ ศธ ๐๕๓๓.๑๓/ว ๖๖๖



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
๒๐๒ ถนนช้างเผือก อ.เมือง
จ. เชียงใหม่ ๕๐๓๐๐

๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สา

ด้วยบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ได้อนุมัติให้ นางภัทรจารินทร์ คุณารูป นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร การจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ความคาดหวัง การรับรู้ และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาล ชุมชนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ” โดยมี อาจารย์ ดร.สายหยุด มูลเพชร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลักในการจัดทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จึงขออนุญาตให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือ เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์ กำหนดทดลองใช้เครื่องมือในระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ส่วนรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะประสานกับท่านโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิศ จิตริจารัตน์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๐๕๓-๘๘๔๙๙๐

โทรสาร. ๐๕๓-๘๘๔๙๙๐

ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

ที่ ศธ ๐๕๓๓.๑๗/ว. ๖๖๓



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
๒๐๒ ถนนช้างเผือก อ.เมือง
จ.เชียงใหม่ ๕๐๓๐๐

๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ได้อนุมัติให้ นางภัทรจารินทร์ คุณารูป นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข การจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง " ความคาดหวัง การรับรู้ และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ " โดยมี อาจารย์ ดร.สายหยุด มูลเพชร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ อาจารย์ ดร.จิตติมา กตัญญู เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ในการจัดทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยเห็นว่าท่านเป็นผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี โดยนักศึกษาได้ประสานกับท่านแล้ว บัณฑิตวิทยาลัย จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจและให้ความเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ ดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิศ จิตร์จิรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์. ๐๕๓-๘๘๕๕๙๐

โทรสาร. ๐๕๓-๘๘๕๕๙๐



ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย



ที่ กธ ๐๕๓๓.๑๗/ว ๒๖/๖

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
๒๐๒ ถนนช้างเผือก อ.เมือง
จ. เชียงใหม่ ๕๐๓๐๐

๑๗/ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว

ด้วยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ได้อนุมัติให้ นางภัทรจารินทร์ คุณารูป นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ การจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ความคาดหวัง การรับรู้ และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ” โดยมี อาจารย์ ดร.สายหยุด มูลเพชร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลักในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จึงขออนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์ กำหนดเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ในระหว่างวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ถึง วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๗ ส่วนรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะประสานกับท่านโดยตรงต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวิต จิตรวิจารย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

บัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์. ๐๕๓-๘๘๕๙๙๐

โทรสาร. ๐๕๓-๘๘๕๙๙๐