



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



ภาคผนวก ก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

แบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (The Barthel index of activities of daily living)

กิจกรรม/ คะแนน คะแนน (โสรญา สุคตสาระ, 2547: 211)

1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 - 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 5 = ช่วยใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้ หรือ ตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
 - 10 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ
2. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 - 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - 5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - 10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย
 - 15 = ทำได้เอง
3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 - 0 = ต้องการความช่วยเหลือ
 - 5 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
4. Toilet Use (การเข้าห้องน้ำ)
 - 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 5 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง)
 - 10 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระแล้ว ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Bathing (การอาบน้ำ)
 - 0 = ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
 - 5 = อาบน้ำได้เอง
6. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
 - 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 5 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมหรือประตูได้

10 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย

15 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0 = ไม่สามารถทำได้

5 = ต้องการคนช่วยเหลือ

10 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือได้น้อย

5 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

10 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

9. Bowels (การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 = กลั้นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

5 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

10 = กลั้นได้ปกติ

10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 = กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้

5 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)

10 = กลั้นได้ปกติ

การแปลผล (คะแนนเต็ม 0-100)

0 – 20 Very severity disabled.

25 – 45 Severity disabled.

50 – 70 Moderately disabled.

75 – 90 Mildly disabled.

100 Physically Independent but not necessary normal or social independent.



ภาคผนวก ข

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แบบสอบถามสำหรับการค้นคว้าอิสระ

เรื่อง ส่วนประสมการตลาดบริการที่มีผลต่อผู้ตัดสินใจในการเลือกสถานบริการผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์
อัมพาตเรื้อรังในจังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาวิชาการค้นคว้าอิสระของ
นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรบริหารธุรกิจ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมี
วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาส่วนประสมการตลาดบริการที่มีผลต่อผู้ตัดสินใจในการเลือกสถานบริการ
ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาตเรื้อรังในจังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลที่ได้ถือเป็นผลงานวิชาการซึ่งจะเป็น
ประโยชน์ต่อการศึกษา และเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่มีความสนใจสามารถนำข้อมูลที่ได้รับจาก
การศึกษานี้มาใช้เป็นแนวทางในการวางกลยุทธ์ทางการตลาดของสถานบริการดูแลผู้ป่วย
โรคอัมพฤกษ์อัมพาตเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบ
แบบสอบถาม โดยไม่ต้องระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลและความคิดเห็นของท่านจะถือเป็น
ความลับ และจะไม่มีผลกระทบต่อท่านผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใดทั้งสิ้น และขอขอบพระคุณ
ท่านในการเสียสละเวลาตอบคำถามจนครบทุกข้อมา ณ ที่นี้

นางสาววิชฎา การะหงษ์
นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

คำแนะนำ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 14 ข้อ
ส่วนที่ 2 ส่วนประสมการตลาดบริการที่มีผลต่อผู้ตัดสินใจในการเลือก
สถานบริการผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาตเรื้อรัง จำนวน 50 ข้อ
ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการของผู้ตัดสินใจ
ในการเลือกสถานบริการผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาตเรื้อรัง

ผู้ศึกษาเป็นผู้ประเมินให้คะแนนเอง

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วย.....คะแนน
(โดยใช้แบบประเมิน The Barthel index of activities of daily living: Barthel ADL index)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงหรือตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. สถานะของผู้ตอบแบบสอบถาม

- [] 1. ผู้ป่วย [] 2. ผู้ดูแล/ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ

2. เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม

- [] 1. ชาย [] 2. หญิง

3. อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม

- [] 1. อายุไม่เกิน 20 ปี [] 2. อายุ 21-30 ปี
[] 3. อายุ 31-40 ปี [] 4. อายุ 41-50 ปี
[] 5. อายุ 51-60 ปี [] 6. อายุ 60 ปีขึ้นไป

4. สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

- [] 1. โสด [] 2. สมรส
[] 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ [] 4. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

5. ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ตอบแบบสอบถาม

- [] 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี [] 2. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
[] 3. ปริญญาโทหรือเทียบเท่า [] 4. สูงกว่าปริญญาโท

6. อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม

- [] 1. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ [] 2. ประกอบธุรกิจส่วนตัว
[] 3. พนักงานบริษัทเอกชน [] 4. รับจ้างอิสระ
[] 5. นักศึกษา [] 6. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

7. รายได้ต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม

- [] 1. ต่ำกว่า 10,000 บาท [] 2. 10,001 - 20,000 บาท
[] 3. 20,001 - 30,000 บาท [] 4. 30,001 - 40,000 บาท
[] 5. 40,001 - 50,000 บาท [] 6. มากกว่า 50,000 บาท

8. สถานที่อยู่อาศัยของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. จังหวัดเชียงใหม่ 2. จังหวัดอื่นๆ (โปรดระบุ).....

9. สิทธิในการรักษาของผู้ป่วย

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2. ประกันสังคม
 3.สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 4. ประกันชีวิตกับบริษัทประกันชีวิต
 5. จ่ายเงินเอง 6. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

10. ท่านรู้จักหรือทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาต จากแหล่งใด

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. แพทย์/พยาบาลแนะนำ 2.ญาติ พี่ น้อง/เพื่อน
 3. วารสารท้องถิ่น 4. วารสารของโรงพยาบาล
 5. จากผู้ป่วย/ญาติของผู้ป่วยที่เคยรับบริการจากสถานบริการผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาต
 6. อินเทอร์เน็ต 7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

11. ท่านเคยติดต่อขอข้อมูล/เข้ารับบริการ/นำผู้ป่วยเข้ารับบริการสถานบริการผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาตจากสถานบริการอื่นมาแล้วหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย

12. ประเภทของการดูแลผู้ป่วยที่ท่านต้องการจากสถานบริการผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาต

1. ไปเข้า-เย็นกลับทุกวัน 2. ไปเข้า-เย็นกลับเฉพาะบางเวลา
 3. ฝากนอนสถานบริการ โดยมีการกำหนดระยะเวลา
 4. ต้องการเจ้าหน้าที่ไปดูแลที่บ้าน
 5. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

13. ช่วงระยะเวลาในการเข้าใช้บริการของผู้ป่วยในสถานบริการผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาต

1. น้อยกว่า 1 เดือน 2. ภายในระยะเวลา 1-3 เดือน
 3. ภายในระยะเวลา 3-6 เดือน 4. มากกว่า 6 เดือน

14. เหตุผลที่ท่านจะเลือกนำผู้ป่วยเข้ามารับบริการในสถานบริการผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาต

(เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. อยู่ใกล้บ้าน/ที่ทำงาน 2. สถานบริการมีชื่อเสียง
 3. มีแพทย์เฉพาะทาง 4. แพทย์มีชื่อเสียง
 5. คุณภาพการบริการดูแลดี 6. มีบริการครบวงจร
 7. ญาติ/เพื่อนแนะนำมา 8. ทราบจากโฆษณา
 9. การคิดค่าบริการเหมาะสม 10. เบิกประกันชีวิตได้
 11. มีโปรแกรมกายภาพบำบัด 12. มีที่ปรึกษาทางจิตเวช

- [] 13. มีระบบส่งต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน [] 14. บรรยากาศ/สภาพแวดล้อมเหมาะสม
 [] 15. สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ISO
 [] 16. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อส่วนประสมการตลาดบริการที่มีผลต่อผู้ตัดสินใจในการเลือก
 สถานบริการผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาตเรื้อรังในจังหวัดเชียงใหม่
คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อ
 เดียว

ข้อ	ส่วนประสมการตลาดบริการ	ระดับความสำคัญ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์หรือบริการ						
1	ชื่อเสียงและภาพลักษณ์ที่ดีของ สถานบริการ					
2	มีการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง					
3	มีการให้คำปรึกษาทางจิตเวช					
4	มีบริการด้านการฟื้นฟูการทำ กายภาพบำบัด					
5	มีมาตรฐานการพยาบาลตามแนว ปฏิบัติ					
6	มีโปรแกรมการดูแลที่ครบวงจร รวมถึงการจัดส่งผู้ป่วยตรวจตามนัด ของโรงพยาบาล					
7	ความทันสมัยของเครื่องมืออุปกรณ์					
8	มีบริการนอกสถานที่					
9	อื่นๆ (โปรดระบุ).....					
ด้านราคา						
10	มีการแจ้งอัตราค่าบริการให้ทราบ อย่างชัดเจนล่วงหน้า					
11	มีการคิดค่าบริการแบบเลือกได้ใน อัตราต่างๆ กัน (แบบ Package)					

ข้อ	ส่วนประสมการตลาดบริการ	ระดับความสำคัญ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
12	มีการให้ส่วนลดเมื่อมีการทำสัญญา ดูแลระยะยาว (3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปีขึ้นไป)					
13	สามารถใช้สิทธิประกันชีวิต หรือ สวัสดิการของบริษัทได้					
14	อื่นๆ (โปรดระบุ).....					
ด้านสถานที่ให้บริการ						
15	สถานบริการตั้งอยู่ในแหล่งชุมชน					
16	ทำเลที่ตั้งสะดวกต่อการเดินทาง					
17	มีรถโดยสารประจำทางหรือรถ รับจ้างผ่านเส้นทางของสถานบริการ					
18	สามารถติดต่อสอบถามให้ คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือทาง อินเทอร์เน็ตได้					
19	อื่นๆ (โปรดระบุ).....					
ด้านการส่งเสริมการตลาด						
20	มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูล ข่าวสาร ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ อินเทอร์เน็ต วารสารท้องถิ่น/วารสารของ โรงพยาบาล และป้ายต่างๆ					
21	มีการส่งเสริมการขาย เช่น การทำ package มีส่วนลดหรือการแถม โปรแกรมการตรวจต่างๆ					
22	มีการแนะนำและให้ข้อมูลจาก พนักงานของสถานบริการ					
23	มีเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริการ แจก					

ข้อ	ส่วนประสมการตลาดบริการ	ระดับความสำคัญ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
24	การบอกกล่าวจากผู้ที่เคยใช้บริการมาก่อน					
25	แพทย์/พยาบาลแนะนำมา					
26	อื่นๆ (โปรดระบุ).....					
ด้านพนักงานหรือบุคลากรทางการแพทย์						
27	ทักษะความรู้ ความชำนาญของแพทย์ พยาบาลและนักรักษาพยาบาล					
28	อรรถาศัยไมตรีของแพทย์ พยาบาล และนักรักษาพยาบาล					
29	ทักษะความรู้ ความชำนาญของเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น การเงิน ประชาสัมพันธ์					
30	อรรถาศัยไมตรีของเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น การเงิน ประชาสัมพันธ์					
31	การให้คำแนะนำการรักษา และอธิบายให้ความเข้าใจต่อการรักษา ฟันฟู กายภาพบำบัด					
32	บุคลิกภาพและความน่าเชื่อถือ					
33	กิริยา มารยาทที่ดีของเจ้าหน้าที่					
34	ความเสมอภาคในการให้บริการ					
35	มีจำนวนพนักงานเพียงพอแก่การให้บริการ					
36	อื่นๆ (โปรดระบุ).....					
ด้านหลักฐานทางกายภาพ						
37	สถานที่ที่มีบรรยากาศที่ร่มรื่น เหมาะสมแก่การพักรักษาตัว					

ข้อ	ส่วนประสมการตลาดบริการ	ระดับความสำคัญ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
38	มีป้ายชื่อสถานบริการเห็นได้ชัด มี เลขที่อนุญาตครบถ้วน					
39	สถานบริการมีความสะอาดและ สวยงาม					
40	ห้องน้ำมีความสะอาดและเพียงพอ					
41	มีกล้องวงจรปิดภายในห้องพัก และ ห้องฝึกกายภาพบำบัดของผู้ป่วย					
42	มีเตี๊ยมนอนไฟฟ้า/น้ำ/ลม สำหรับ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ					
43	มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับ ญาติ เช่น บริเวณที่พักรอของญาติ					
44	อื่นๆ (โปรดระบุ).....					
ด้านกระบวนการ						
45	การให้บริการมีความปลอดภัย และ มีความน่าเชื่อถือในการให้การดูแล					
46	มีการให้บริการได้ตรงกับ ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยในแต่ละคน					
47	มีการบริการแบบครบวงจร เช่น มี การรับส่งจากบ้าน มีการส่งตรวจ ตามนัดกับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยทำ การรักษาอยู่เดิม					
48	มีการให้คำปรึกษาก่อนรักษา ระหว่างรักษา และ หลังการรักษา					
49	ญาติผู้ป่วยสามารถโทรสอบถาม ข้อมูลหรือโทรนัดหมายล่วงหน้าได้					
50	อื่นๆ (โปรดระบุ).....					

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการบริการของสถานบริการผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์
อัมพาตเรื้อรัง

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณอย่างยิ่ง ที่กรุณาตอบแบบสอบถามจนครบทุกข้อ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	นางสาววิชุดา การะหงษ์
วัน เดือน ปีเกิด	4 ตุลาคม 2526
ประวัติการศึกษา	ปีการศึกษา 2548 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2558 (เดือนพฤษภาคม) – ปัจจุบัน ประกอบธุรกิจส่วนตัว พ.ศ. 2556 – 2558 (เดือนเมษายน) พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยวิกฤตโร ลลดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2550 – 2555 พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2548 – 2549 พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยสามัญหลังผ่าตัดโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
rights reserved