

กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6	FND – 017/2
แบบประเมิน : ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลในการจัดการความปวดในเด็ก	ปรับปรุงครั้งที่ 2 วันที่ 9 ธันวาคม 2568

วัตถุประสงค์ : เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลต่อการจัดการความปวดในเด็ก

วิธีประเมิน : การสัมภาษณ์

วันที่ประเมิน.....หอผู้ป่วย/หน่วย.....

ผู้ตอบแบบสอบถาม : ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ปกครอง ☐ ผู้ดูแล

ท่านพึงพอใจในการจัดการความปวดที่ได้รับมากน้อยเพียง

หัวข้อความพึงพอใจ	ดีเยี่ยม (4)	ดี (3)	พอใช้ (2)	ควรปรับปรุง (1)	ควรปรับปรุง อย่างยิ่ง (0)
1. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินและการบอกคะแนนความปวด					
2. การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อมีอาการปวด					
3. การพยาบาลอย่างนุ่มนวลเมื่อมีอาการปวด					
4. การได้รับข้อมูลเรื่องวิธีการจัดการอาการปวด					
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์/ อาการข้างเคียงของยา ระงับปวด					
6. การได้มีส่วนร่วมกับแพทย์ /พยาบาลในการเลือกวิธีบรรเทาปวด					
7. การประเมิน /สอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด					
8. การประเมินและสอบถามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ					
9. ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดโดยรวมที่ท่านได้รับ					

ปัญหา/ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....