

รายงานความพึงพอใจของวัยรุ่นและเยาวชนที่มารับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรรายศูนย์เขต เก็บข้อมูลปี 2563 ผ่าน QR code

เขต	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม		รวม	คะแนนความพึงพอใจ				คะแนน MEAN รายข้อ				
	ชาย	หญิง		น้อยกว่า 20คะแนน (ความพึงพอใจ น้อยกว่า 80%) (ความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงน้อยที่สุด)	(%)ผู้ตอบแบบสอบถาม	มากกว่า20 คะแนน (ความพึงพอใจมาก 80% ) (ความพึงพอใจในระดับมาก ถึงมากที่สุด)	(%)ผู้ตอบแบบสอบถาม	ข้อ 1 สถานที่ให้บริการ เข้ารับบริการ สะดวกและเป็นส่วนตัว	ข้อ 2 มีสื่อให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย	ข้อ 3 ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม	ข้อ 4 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการให้คำปรึกษา/บริการ ตรงกับความต้องการ และรักษาความลับ	ข้อ 5 ท่านมีความพึงพอใจที่จะมารับบริการในครั้งต่อไป
1	69	111	180	20	14.5	160	49.2	4.21	3.89	3.41	4.01	4.11
2	75	51	76	8	10.5	68	89.5	4.32	4.47	4.37	4.62	4.72
3	6	13	19	0	0	19	100	4.37	4.57	4.54	4.37	4.53
4	137	311	448	97	21.7	351	78.4	4.31	4.37	4.25	4.55	4.52
5	118	551	669	230	34.4	439	65.6	4.12	3.91	3.97	4.2	4.05
6	48	209	257	68	26.5	189	78.5	4.19	4.21	4.06	4.33	4.36
7	70	194	264	29	11.0	235	89.0	4.15	4.20	4.21	4.19	4.15
8	39	87	126	9	7.1	117	92.9	4.36	4.42	4.32	4.52	4.47
9	78	147	225	66	29.3	159	70.7	4.15	4.11	4.18	4.23	4.22
10					N/A							
11					N/A							
12	41	131	172	41	23.8	131	76.2	4.20	4.20	4.23	4.38	4.38
รวม	631	1805	2436	568	23.32	1868	76.68					
ค่า Mean รายข้อ								4.24	4.24	4.15	4.34	4.35

## แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่คลินิกวัยรุ่น/คลินิกที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

รหัสโรงพยาบาล.....

### คำชี้แจงสำหรับผู้รับบริการ

แบบประเมินความพึงพอใจนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้รับบริการวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปีที่มาใช้บริการที่คลินิกวัยรุ่น/คลินิกที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล.....จังหวัด.....ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามจะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพของบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนและคลินิกที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อการให้บริการแต่อย่างใด ขอความร่วมมือทุกท่านทำแบบประเมินความพึงพอใจทุกครั้งที่มาใช้บริการ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือใส่ตัวเลข ใน ○ หน้าข้อความตามความเป็นจริง

วัน/เดือน/ปี ที่มาใช้บริการ.....

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ○ ชาย ○ หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ (เต็มปี) .....(ปี)
3. ท่านทราบว่า ที่คลินิกนี้ มีบริการเฉพาะสำหรับวัยรุ่นจากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - เพื่อน ○ ครู/ อาจารย์
  - พ่อแม่/ผู้ปกครอง/เพื่อน/ญาติ ○ แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
  - วิทยุ/เคเบิลทีวี/โทรทัศน์ ○ สื่อโซเชียลประเภทต่างๆ
  - เสียงตามสาย ○ แผ่นพับ/ใบปลิว
  - นามบัตร/บัตรสมาชิก/ที่คั่นหนังสือ ○ โปสเตอร์/ป้ายผ้า/ป้ายโฆษณา
  - อื่นๆ ระบุ.....
4. ทำไมท่านเลือกมารับบริการที่นี่ (เลือกตอบมากกว่า 1 ข้อ)
  - เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส ○ รอคกรับบริการไม่นาน
  - ให้บริการตรงตามความต้องการ ณ จุดเดียว ไม่ต้องเดินไปรับบริการหลายจุด
  - อื่นๆ โปรดระบุ.....

### ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

กรุณาประเมินระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1. สถานที่ให้บริการ เข้ารับบริการสะดวกและเป็นส่วนตัว	○	○	○	○	○
2. มีสื่อให้ความรู้ ที่เข้าใจง่าย	○	○	○	○	○
3. ระยะเวลาในการให้บริการ มีความเหมาะสม	○	○	○	○	○
4. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการให้คำปรึกษา/บริการ ตรงกับความต้องการ และรักษาความลับ	○	○	○	○	○
5. ท่านมีความพึงพอใจที่จะมารับบริการในครั้งต่อไป	○	○	○	○	○

ท่านจะแนะนำให้เพื่อน/คนรู้จักมาใช้บริการที่โรงพยาบาล/สถานบริการแห่งนี้ หรือไม่

- แนะนำ ○ ไม่แนะนำ