

เรียน ท่านเจ้าของสัตว์ป่วยทุกท่าน

เรื่อง การประเมินความพึงพอใจของเจ้าของสัตว์หลังผ่าตัด

เนื่องจากโรงพยาบาลสัตว์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ หนองโพ มีความประสงค์ที่จะ
รับทราบข้อมูลความพึงพอใจจากท่านเจ้าของสัตว์ที่ได้รับการผ่าตัดจาก โรงพยาบาลสัตว์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ หนองโพ เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น จึงใคร่ขอ
รบกวนท่านช่วยตอบแบบสอบถาม แล้วส่งคืนทางไปรษณีย์โดยไม่ต้องติดแสตมป์

1) ท่านทราบหรือไม่ว่าสัตว์เลี้ยงของท่านผ่าตัดเรื่องใด

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> กระดูกหัก, สันหลัง | <input type="checkbox"/> ทำหมันตัวผู้, ตัวเมีย | <input type="checkbox"/> มดลูกอักเสบ |
| <input type="checkbox"/> ผ่าคลอด | <input type="checkbox"/> เย็บแผล | <input type="checkbox"/> ตัดขา |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... | | |

2) สัตว์เลี้ยงของท่านได้รับการวางยาสลบด้วยวิธีใด

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ยาซึมอย่างเดียว | <input type="checkbox"/> ยาซึมร่วมกับยาชา |
| <input type="checkbox"/> ยาซึม, ยาสลบ, ยาชา | <input type="checkbox"/> คมยาสลบ |

3) ท่านคิดว่าการวางยาสลบด้วยวิธีใดปลอดภัยสูงสุด

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ยาซึมอย่างเดียว | <input type="checkbox"/> ยาซึมร่วมกับยาชา |
| <input type="checkbox"/> ยาซึม, ยาสลบ, ยาชา | <input type="checkbox"/> คมยาสลบ |

4) ท่านทราบหรือไม่ว่าทางโรงพยาบาลสัตว์ มก. หนองโพ มีการวางยาสลบโดยใช้วิธีดมยาสลบ

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
|-------------------------------|----------------------------------|

5) สุขภาพของท่านมีปัญหาหลังการผ่าตัดหรือไม่

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> แผลแตก, เย็บไม่ติด |
| | <input type="checkbox"/> แผลเป็นหนอง |
| | <input type="checkbox"/> ไม่หายจากการป่วย |
| | <input type="checkbox"/> เสียชีวิต |

6) ปัญหาที่ท่านพบในการพาสัตว์เลี้ยงมาผ่าตัดคือ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> รอนาน | <input type="checkbox"/> ต้องมาผ่าตัดวันอื่น |
| <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจสาเหตุที่ต้องผ่าตัด | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... |

7) ท่านได้รับคำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัดเพียงพอหรือไม่

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เพียงพอ | <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ |
|----------------------------------|-------------------------------------|

8) ท่านมีความพึงพอใจในการรับบริการจากการผ่าตัดครั้งนี้หรือไม่

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มากที่สุด | <input type="checkbox"/> มาก | <input type="checkbox"/> ปานกลาง | <input type="checkbox"/> น้อย | <input type="checkbox"/> น้อยที่สุด |
|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|