

# استبيان تجربتك مع خدمة شبكة الصحة الأولية

## (Your Experience of Service Primary Health Network [YES PHN] Survey)

ملاحظات مهمة. تم إعداد هذا الاستبيان مع مستهلكي الخدمة. هذا يهدف إلى مساعدة مقدمي الخدمات والمستهلكين على العمل معاً لبناء خدمات أفضل. استكمال هذه الاستبيان هو طوعي. جميع المعلومات التي يتم جمعها في هذا الاستبيان تظل بدون تحديد الهوية. لن يتم استخدام أي من المعلومات التي تم جمعها لتحديد هويتك. سيكون من المفيد لو تمكنت من الإجابة على جميع الأسئلة، ولكن يرجى ترك أي سؤال فارغاً إذا كنت لا تريد الإجابة عليه.



الرجاء وضع علامة x في مربع واحد فقط لكل سؤال، مثل هذا... .

تسأل هذه الأسئلة عن عدد المرات التي قمنا بها بالأشياء التالية... .

لا يطبق	التفكير في الرعاية التي تلقيتها من هذه الخدمة خلال الأشهر الثلاثة الماضية أو أقل، كيف كانت تجربتك في المجالات التالية؟ (حدد إجابة واحدة لكل سؤال)					
	دائماً	عادة	أحياناً	نادراً	أبداً	
● 9	● 5	● 4	● 3	● 2	● 1	1. شعرت بالترحيب عند استخدام هذه الخدمة
	● 5	● 4	● 3	● 2	● 1	2. شعرت بالأمان عند استخدام هذه الخدمة
	● 5	● 4	● 3	● 2	● 1	3. يمكنك الوصول إلى هذه الخدمة عند الحاجة
	● 5	● 4	● 3	● 2	● 1	4. كانت لديك فرص لعائلتك وأصدقائك للمشاركة في دعمك أو رعايتك إذا أردت
	● 5	● 4	● 3	● 2	● 1	5. كان الموظفون قادرين على تقديم المعلومات أو النصائح لمساعدتك في إدارة صحتك البدنية إذا كنت ترغب في ذلك
	● 5	● 4	● 3	● 2	● 1	6. تم احترام شخصيتك وقيمك (مثل ثقافتك أو إيمانك أو هويتك الجنسية، وغيرها)
	● 5	● 4	● 3	● 2	● 1	7. هذه الخدمة تستمع وتتابع الملاحظات أو الشكاوى
	● 5	● 4	● 3	● 2	● 1	8. احترمت الخدمة حقك في اتخاذ القرارات
	● 5	● 4	● 3	● 2	● 1	9. الدعم أو الرعاية المتوفرة تلبي احتياجاتك

تسأل هذه الأسئلة عن مدى جودة قيامنا بالأشياء التالية... .

لا يطبق	التفكير في الرعاية التي تلقيتها من هذه الخدمة خلال الأشهر الثلاثة الماضية أو أقل، كيف كانت تجربتك في المجالات التالية؟ (حدد إجابة واحدة لكل سؤال)					
	ممتازة	جيدة جداً	جيدة	متوسطة	سيئة	
● 9	● 5	● 4	● 3	● 2	● 1	10. الوصول إلى عامل قرين/عامل متعايش مع الخبرة، إذا أردت ذلك
	● 5	● 4	● 3	● 2	● 1	11. المعلومات المتاحة لك حول هذه الخدمة (مثل كيفية عمل الخدمة وحقوقك ومسؤولياتك وكيفية تقديم الملاحظات وما إلى ذلك)
● 9	● 5	● 4	● 3	● 2	● 1	12. وضع خطة معك تراعي جميع احتياجاتك (بما في ذلك الدعم والتنسيق والمتابعة)

## استبيان تجربتك مع الخدمة PHN Survey

نتيجة لتجربتك مع الخدمة في الأشهر الثلاثة الماضية أو أقل، يرجى تقييم ما يلي ...

(حدد إجابة واحدة لكل سؤال)

ممتازة	جيدة جداً	جيدة	متوسطة	سيئة	
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	13. أثر هذه الخدمة على أملك في المستقبل
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	14. تأثير هذه الخدمة على مهاراتك وخططك في الاعتناء بصحتك وعافيتك
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	15. تأثير هذه الخدمة على قدرتك في إدارة حياتك اليومية
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	16. بشكل عام، ما هو تقييمك لتجربتك مع هذه الخدمة في الأشهر الثلاثة الماضية؟

17. تجربتي كانت ستكون أفضل لو ... (اكتب)

18. أفضل الأشياء عن هذه الخدمة كانت... (اكتب)

### أسئلة سكانية

تساعدنا المعلومات الواردة في هذا القسم في معرفة ما إذا كنا نفتقد الملاحظات الواردة من بعض مجموعات الأشخاص. كما نخبرنا أيضاً عما إذا كانت تجربة بعض المجموعات أفضل أو أسوأ من غيرها. إن معرفة ذلك يساعدنا على تركيز جهودنا لتحسين الخدمات. لن يتم استخدام أي معلومات تم جمعها في هذا القسم لتحديد هويتك.

<input type="checkbox"/> 1 ذكر	<input type="checkbox"/> 2 أنثى	<input type="checkbox"/> 3 غير ذلك _____	19. ما هي هويتك الجنسية؟
<input type="checkbox"/> 1 الإنجليزية	<input type="checkbox"/> 2 غير ذلك _____		20. ما هي اللغة الرئيسية التي تتحدثها في المنزل؟
<input type="checkbox"/> 1 لا	<input type="checkbox"/> 2 نعم - من السكان الأصليين	<input type="checkbox"/> 3 نعم - من سكان جزر مضيق توريس	21. هل أنت من السكان الأصليين أو من أصول من جزر مضيق توريس؟
<input type="checkbox"/> 1 أقل من 18 سنة	<input type="checkbox"/> 2 18 إلى 24 سنة	<input type="checkbox"/> 3 25 إلى 44 سنة	22. ما هو عمرك؟
<input type="checkbox"/> 1 من يوم إلى أسبوعين	<input type="checkbox"/> 2 من 3 إلى 4 أسابيع	<input type="checkbox"/> 3 من شهر واحد إلى 3 أشهر	23. منذ متى وأنت تتلقى الدعم أو الرعاية من هذه الخدمة؟
<input type="checkbox"/> 1 طبيب الأسرة / طبيب عام	<input type="checkbox"/> 2 ممرضة	<input type="checkbox"/> 3 خبير صحي آخر	24. من أحالك لهذه الخدمة؟
<input type="checkbox"/> 1 لم اشارك على الإطلاق	<input type="checkbox"/> 2 مشاركة قليلة	<input type="checkbox"/> 3 مشاركة كاملة	25. ما مدى مشاركتك في اختيار هذه الخدمة؟
<input type="checkbox"/> 1 لا	<input type="checkbox"/> 2 نعم - العائلة أو الأصدقاء	<input type="checkbox"/> 3 نعم - شخص من الخدمة	26. هل ساعدك أحدهم في إكمال هذا الاستبيان؟

شكراً على وقتك في استكمال هذا الاستبيان. تذكر، إذا أزعجك أي شيء في هذا الاستبيان، فيمكنك التحدث إلى طبيبك المحلي أو أخصائي الصحة العقلية أو الاتصال بـ Lifeline على الرقم 13 11 14.